



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO – PSICOLOGIA

## **OS PROCESSOS ENVOLVIDOS NA RECONFIGURAÇÃO DAS IDENTIDADES DE PACIENTES QUE SUPERARAM O CÂNCER**

**KARINA MATOS MONTALVÃO MONTE SANTO**

Brasília

Dezembro/2009

**KARINA MATOS MONTALVÃO MONTE SANTO**

**OS PROCESSOS ENVOLVIDOS NA RECONFIGURAÇÃO DAS  
IDENTIDADES DE PACIENTES QUE SUPERARAM O CÂNCER**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, como um dos requisitos para obtenção do grau de psicólogo.

Orientador: Professor – Doutor Fernando Luis González Rey.

Brasília

Dezembro/2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS

CURSO – PSICOLOGIA

**OS PROCESSOS ENVOLVIDOS NA RECONFIGURAÇÃO DAS  
IDENTIDADES DE PACIENTES QUE SUPERARAM O CÂNCER**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo pela  
comissão examinadora formada pelos seguintes Professores:

---

Prof. Dr. Fernando Luis González Rey

---

Prof. Dr. José Bizerril Neto

---

Prof. Dra. Valéria Deusdará Mori

A Menção Final obtida foi: \_\_\_\_\_

Brasília

Dezembro/2009

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a toda minha família pelo apoio fundamental em todos os momentos de minha vida, em especial minha mãe Ângela, meu pai Ronaldo e meu irmão Daniel, sem os quais eu não me reconheceria;

Aos meus amigos queridos que compartilharam todos esses anos de estudo comigo, em especial as padinhas, que me proporcionaram também momentos inesquecíveis e alegres, e que compartilham agora desse gratificante fechamento de mais um ciclo;

A todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho, o meu agradecimento. À Sra. K. e ao Sr. J., sou grata pela confiança e pela participação essencial como sujeitos nesta pesquisa.

Ao estimado Orientador e Professor Doutor Fernando Rey, o meu agradecimento pelo incentivo dado para que eu me posicionasse sempre e assim construísse minha própria linha de pensamento.

Muito obrigada a todos!

“Se pudéssemos limpar as  
portas da percepção, tudo se  
revelaria ao homem tal qual  
é: infinito.”

(William Blake)

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>12</b>
1.1 – Identidade .....	12
1.2 – Câncer .....	18
1.3 – Psiconcologia .....	20
1.4 – Representações Sociais, Subjetividade e Câncer .....	21
1.5 – Identidade e Câncer .....	27
1.6 – Identidade feminina X Câncer de mama .....	32
1.7 – Identidade masculina X Câncer de próstata .....	34
<b>2 – CAPÍTULO METODOLÓGICO .....</b>	<b>36</b>
2.1 – Epistemologia Qualitativa .....	36
2.2 – Procedimento Metodológico .....	39
2.3 – Instrumentos de Pesquisa .....	40
<b>3 – DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES .....</b>	<b>43</b>
<b>4 – PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: K. ....</b>	<b>44</b>
4.1 - Descoberta do câncer e aceitação .....	45
4.2 – Rede de apoio e objetivos .....	48
4.3 – Questões relacionadas à visão corporal e à identidade .....	54
4.4 – Crescimento pessoal e ressignificação das identidades .....	62
<b>5 – PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: J. ....</b>	<b>68</b>
5.1 - Descoberta do câncer e aceitação .....	68
5.2 – Rede de apoio .....	71
5.3 – Questões relacionadas à sexualidade e à identidade .....	73
5.4 – Crescimento pessoal e ressignificação das identidades .....	77
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>

## RESUMO

As diversas identidades constituintes dos sujeitos que outrora eram tidas como sólidas e estruturadas atualmente são vistas como sendo fragmentadas e descontínuas, o que ocasionou uma descentração no eixo do indivíduo e, conseqüentemente, uma presumível crise de identidades. No entanto, pode-se constatar que das crises é possível se ter uma transformação, ou seja, de uma situação conflituosa é possível se extrair mudanças positivas, levando a uma ressignificação dos processos enfrentados. Partindo-se desta idéia, pode-se dizer que o enfrentamento de uma doença complexa como o câncer, com todas suas representações de morte e angústia, pode também trazer consigo, ao final de sua superação, um crescimento significativo e mudanças nas identidades do sujeito que a vivencia. O objetivo desta monografia foi então o de compreender os processos subjetivos envolvidos na reconfiguração das identidades de quem superou o câncer, e para tanto utilizou-se da abordagem qualitativa, a qual permite um melhor vislumbre dos aspectos subjetivos do indivíduo. Com o intuito de se aprofundar no tema foram realizados dois estudos de caso, o primeiro com um participante do sexo feminino, que superou o câncer de mama, e outro com um participante do sexo masculino, o qual superou um câncer de próstata. Ambos os casos possibilitaram uma compreensão ímpar das transformações ocorridas em suas identidades durante o enfrentamento da doença e suas posteriores ressignificações, tendo cada um se reconfigurado de acordo com seus valores e subjetividades constituídos ao longo de suas histórias de vida.

**Palavras-chave:** identidade; câncer; subjetividade; reconfiguração; ressignificação.

## ABSTRACT

The various constituent subject identities that were once perceived as strong and structured are now considered fragmented and discontinuous, decentering the individual axis, and presumably entailing identities crisis. Nevertheless, it is arguable that transformation may follow from crisis, meaning that positive changes might result from conflict situation, leading to the resignification of the undergone processes. From this starting point, it is possible to state that struggling with a complex disease such as cancer, with all its representations of death and suffering, when successfully overcome, may bring about significant growth as well as changes in the identity of subject who faced it. The purpose of this thesis was to understand the subject processes related to the reconfiguration of the identities of those who survived the cancer. It is employed a qualitative analysis, which provides a better understanding of the subjective aspects of the individual. In order to take a profound approach, two case studies were undertaken: the first with a female who overcame a breast cancer, and the second with a male who overcame a prostate cancer. Both cases provided an outstanding understanding of the transformation accomplished under the struggling with the disease and of its subsequent resignifications. Each one has redesigned itself according to his or her own values and subjectivities, which have been build through out their life histories.

**Key-words:** identity; cancer; subjectivity; reconfiguration; resignification.



## INTRODUÇÃO

A concepção de sujeito integrado, em que se afirmava a essência como sendo inalterada ao longo do tempo, tal qual era visto na concepção do Iluminismo, já não corrobora com a realidade do sujeito pós-moderno, em que suas identidades são tidas como fragmentadas, sendo o sujeito composto por várias identidades. Estas são formadas continuamente, sendo sua constituição um processo social do sujeito com seu ambiente, o que leva a afirmar que o indivíduo está em constante mudança. Tais transformações vivenciadas sucessivamente ocasionam o que pode se chamar de descentração do sujeito, o que pode acarretar uma possível crise das identidades.

Contudo, é possível se ter uma visão otimista de tal descentramento do sujeito, da forma de que se pense tal fenômeno como uma oportunidade para o surgimento de algo novo, algo que mude concepções obsoletas sobre o sujeito e o mundo que não cabem mais nos dias atuais, o que culminaria em uma reciclagem de valores e crenças inadequados, metaforicamente falando. Seguindo este raciocínio, pode-se dizer então que de uma situação de crise e desordem é possível se ter, depois de superado o caos, um resultado gratificante, uma superação e uma melhor coesão do que se tinha antes, e tudo isso provocado pelas transformações ocorridas.

Sendo assim, é plausível se fazer uma analogia da crise proporcionada pelas identidades plurais do sujeito pós-moderno com a crise gerada nas identidades de quem passa por uma doença crônica, como é o caso do câncer. O câncer é uma doença que frequentemente pode ocasionar o descentramento da identidade do sujeito, causando um rompimento nas atividades, aspirações e ideais de vida, podendo culminar na perda de sentido da mesma. No entanto, o processo de enfrentamento de tal doença geralmente faz com que o sujeito questione e reflita sobre diversos aspectos de sua vida e seu ser, e

a partir dessas reflexões é possível então que haja uma mudança profunda na forma do indivíduo se ver e de encarar sua vida, mudança essa benéfica e muitas vezes restauradora. Pode-se afirmar então que do enfrentamento de algo ruim, como um trauma, é possível se extrair algo bom, como é o caso de transformações que verdadeiramente aproximam o sujeito de sua essência, por meio dos questionamentos propiciados nos momentos de crise. O profissional da psiconcologia seria uma boa opção a fim de auxiliar o sujeito nesse processo, podendo possibilitar alternativas junto ao paciente de se reconfigurar, e assim construir uma nova visão de si mesmo.

É preciso então que ocorra uma ressignificação do câncer para quem o tem, o que nem sempre é fácil, visto as Representações Sociais atribuídas à doença. O câncer é comumente associado à morte, sofrimento, culpa, descuido, entre outros, sendo essas representações construídas ao longo dos anos, visto que o câncer é uma doença envolta de muitos preconceitos desde sua origem. Sabendo-se que tais representações são edificadas socialmente, a compreensão de como os indivíduos expressam sua relação com o câncer é importante para que se possa criar novas representações sobre o mesmo, em que se desmistifique a doença, principalmente para quem a tem, e assim consigam reconfigurar as novas identidades que por ventura o enfrentamento da doença provoque.

Neste sentido, o presente trabalho propõe a investigação qualitativa de dois casos de pacientes que superaram o câncer, sendo uma do sexo feminino e outro do sexo masculino, a fim de verificar quais as transformações ocorridas nas identidades de ambos após o enfrentamento da doença. Para tanto, optou-se pela pesquisa qualitativa porque esta possibilita ao sujeito que participe ativamente na construção do conhecimento conjuntamente com o pesquisador.

A fim de se conhecer como ocorrem os processos subjetivos de ressignificação das identidades em sujeitos que superaram o câncer, a pesquisa foi pensada com os

seguintes objetivos: conhecer os fatores associados à superação de um câncer; investigar como e quais identidades dos pacientes a doença afeta e compreender de que forma acontece o crescimento pessoal e a reconfiguração do sujeito ao longo do enfrentamento da doença e após sua recuperação.

No primeiro capítulo foi feito um apanhado sobre as mudanças ocorridas nas identidades dos sujeitos provocadas pelas transformações sociais e culturais; a história do câncer e suas definições; o surgimento da psiconcologia; Representações Sociais e subjetividade associadas ao câncer; questões referentes à identidade e ao câncer; identidade feminina e câncer de mama e identidade masculina e câncer de próstata.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia usada, sendo ela a epistemologia qualitativa, em que se dá ênfase ao processo interativo da construção de conhecimento, onde pesquisador e participante são protagonistas. Esse processo favorece então o surgimento de novos elementos, visto que a singularidade é valorizada.

Os três capítulos seguintes são referentes à produção de informações sobre dois participantes, contendo quatro eixos temáticos cada, como: descoberta do câncer e aceitação; rede de apoio; questões relacionadas à visão corporal, sexualidade e identidade; crescimento pessoal e ressignificação das identidades.

Por último foram desenvolvidas as considerações finais sobre o estudo, em que não se buscou concluir o tema como uma verdade absoluta, mas sim contribuir para que novas pesquisas dêem seguimento a esse assunto tão rico e instigador, referente aos

processos envolvidos na reconfiguração das identidades de quem superou algo traumático, como uma doença como o câncer.

## **1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1 - Identidade**

A identidade é um conceito orientado a definir uma condição social, que é social e historicamente produzida, e por isso muito complexo e não passível de afirmações teóricas conclusivas. O homem é um “ser-em-projeto”, em constante transformação, e é definido por ser o que não é, sendo toda identidade composta por oposição. Por esta razão, torna-se necessária sua maior compreensão e aprofundamento, visto que constantemente surgem novas identidades, ocasionadas pela fragmentação de identidades antigas, sendo então consideradas identidades em curso, como afirma Santos, (2001). O autor considera também que as identificações, além de plurais, são dominadas por uma obsessão pela diferença e por uma hierarquia de distinções, sendo assim semifictícias (no sentido de serem inventadas, e não descobertas), e que a preocupação com a identidade é uma questão antiga.

Segundo Hall (2003), as identidades modernas vivenciam um colapso, e devido às mudanças ocorridas nas estruturas das sociedades estas estão se tornando mais fragmentadas e desestruturadas. Essa afirmação se refere às mais diversas identidades sociais, como as de classe, de gênero, de sexualidade, de raça, de nacionalidade, entre outras, as quais no passado transpunham mais solidez aos indivíduos. O autor afirma também que tais mudanças têm efeito transformador nas identidades pessoais, causando a descentração do sujeito pela perda da idéia de sujeito integrado. Esse quadro ocasiona então um duplo deslocamento, o qual é a descentração do sujeito tanto no âmbito pessoal como no social, o que caracteriza a “crise de identidade”. Com essas mudanças, o indivíduo é levado a questionar se não é somente a modernidade que está se

modificando, mas também o próprio sujeito, que tem papel ativo em tais transformações.

O referido autor propõe três concepções de identidade. A primeira é o sujeito do *Iluminismo*, em que sua concepção é de um indivíduo centrado, unificado, dotado de razão e consciência. É uma visão individualista, na qual a pessoa permanecia essencialmente a mesma ao longo de sua existência, sendo sua essência a própria identidade. A segunda é a idéia de sujeito *sociológico*, em que foi afirmada uma concepção interativa da identidade e do eu, devido à complexidade vigente no mundo moderno e a consciência de que o sujeito não era totalmente autônomo. O sujeito é então formado e modificado na interação do eu e da sociedade. Havia uma identificação da pessoa com as identidades culturais existentes, o que contribuía, como disse o autor, “para alinhar nossos sentimentos subjetivos com os lugares objetivos que ocupamos no mundo social e cultural”. (Hall, 2003, p. 12).

Assim sendo, a cultura e a sociedade proporcionavam uma maior estruturação do sujeito, sua maior unificação e estabilização pessoal e social. Eis que surge então a concepção de sujeito *pós-moderno*, a qual é descrita, em Hall (2003, p. 13), da seguinte forma:

A identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam (Hall, 1987). (...) O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente.

O autor se refere às mudanças ocorridas na unificação da identidade, que agora são vistas como fragmentadas e, por consequência, o sujeito também o é. O indivíduo passa a ser composto por várias identidades, sendo algumas contraditórias, o que

contribui para o constante deslocamento das mesmas. Concomitantemente, as identidades sociais que asseguravam a conformidade subjetiva com os objetivos da cultura também estão em colapso, resultante das mudanças estruturais e institucionais ocorridas ao longo do tempo. Isso faz com que o processo de identificação do sujeito se torne mais provisório e problemático. Ao contrário da crença no Iluminismo, a identidade plenamente unificada e coerente é uma fantasia.

Contudo, é necessário analisar que as mudanças ocorridas têm direta relação com o enfraquecimento das instituições, como a Igreja, e mudanças na estruturação familiar, por exemplo. Relacionam-se também aos movimentos feministas, o que ocasionou transformações nas identidades de gênero, e ao surgimento da globalização, que culminou no enfraquecimento do nacionalismo e do Estado. Todas essas transformações histórico-culturais, para citar algumas, ocorreram devido às mudanças e evoluções, por assim dizer, do modo de vida e de como as pessoas percebiam a si mesmas inseridas nesses sistemas, o que gerou mudanças de valores, pensamentos, questionamentos e revoluções, os quais guiaram a construção do sujeito pós-moderno.

Com a atenuação do poder das instituições citadas, pode-se dizer que um dos processos que mais influenciam o sujeito na era pós-moderna são os meios de comunicação, a mídia e seus recursos comunicativos, os quais poderiam ser considerados como sendo uma “nova instituição”. Essa nova forma de instituição pode ser sintetizada pelo entendimento da globalização. Hall (2003, p. 67-68), a define do seguinte modo:

A globalização implica um movimento de distanciamento da idéia sociológica clássica da “sociedade” como um sistema delimitado e sua substituição por uma perspectiva que se concentra na forma como a vida social está ordenada ao longo do tempo e do espaço (Giddens 1990, p.64). Essas novas características temporais e espaciais, que resultam da compreensão de distâncias e de escalas temporais, estão entre os aspectos mais importantes da

globalização a ter efeito sobre as identidades culturais. (...) “A modernidade é inerentemente globalizante” (Giddens 1990, p.63, em Hall, 2003).

Dessa forma, apesar dos efeitos homogeneizantes da globalização, no sentido de se diluírem as diferenças culturais, ao sujeito é-lhe permitido possuir capacidade crítica para questionar uma unificação e essência anterior que talvez nunca existiram, que era sumariamente imposta e ilusória, e assim contribuir para seu crescimento pessoal e construir sua unificação e essência, sua própria identidade. Em outras palavras, talvez a descentração do sujeito não seja de todo ruim, e sim uma oportunidade para o surgimento de novos valores, crenças e transformações sociais, precisando então haver um caos inicial para que posteriormente se percebam e se assimilem as mudanças positivas, propiciando uma nova coesão.

Tendo em vista que a identidade se compõe por oposição, pelas diferenças, cabe então enxergar o sujeito em sua subjetividade, em seu contexto próprio, e não tentar homogeneizá-lo para que assim se adapte a visão de sujeito pertencente a um grupo. Todas essas mudanças ocorridas, do sujeito do Iluminismo ao pós-moderno, servem de reflexão para uma nova maneira de ver o indivíduo, o qual pertence a um contexto social em que atua e é afetado por ele, tendo uma subjetividade social, a qual é definida por González Rey (2003), caracterizada como sendo produzida simultaneamente no nível social e individual, em que o sujeito é constituinte e respectivamente constituído.

Segundo Bauman (2004, p.56),

Fazer da “identidade” uma tarefa e o objetivo de trabalho de toda uma vida, em comparação com a atribuição a *estados* da era pré-moderna, foi um ato de libertação – libertação da inércia dos costumes tradicionais, das autoridades imutáveis, das rotinas preestabelecidas e das verdades inquestionáveis.



Essa nova liberdade representada pela auto-identificação, seguida pela decomposição do sistema de estados, foi seguida por uma confiança, igualmente inédita, em si mesmo e nos outros, como afirma o autor, referindo-se também à sociedade e a sua sabedoria coletiva, confiabilidade e durabilidade nas instituições. É necessário então, diz ele, acreditar e confiar nas escolhas feitas socialmente e crer que o futuro parece certo, apesar dos desafios da auto-identificação.

De acordo com Bauman, a busca pela identidade é uma tarefa inalcançável, impossível, que só poderia ser alcançada na infinitude. O autor descreve dois tipos de comunidades, as de vida e destino, em que os membros vivem juntos, possuindo uma grande ligação; e as comunidades atreladas por idéias e por princípios em comum. A identidade só entra em questão quando lhe é negada, como foi negada ao autor a primeira comunidade, pois daí surgem os conflitos. Como afirma Mercer: “A identidade somente se torna uma questão quando está em crise, quando algo que se supõe como fixo, coerente e estável é deslocado pela experiência da dúvida e da incerteza.” (Mercer, 1990, p. 43).

A idéia de “ter uma identidade”, como expõe Bauman, não ocorre enquanto a idéia de “pertencimento” continuar sendo o natural. Do contrário, toma-se consciência de que tanto a idéia de pertencimento e de identidade não são sólidos e garantidos para toda a vida, e que as decisões que o indivíduo toma, seus caminhos e ações é que vão levá-lo a novas formas de pertencimento e de identidade. A idéia de identidade surgiu então da crise de pertencimento e do esforço para se transpor o espaço entre o “deve” e o “é”, e assim recriar a realidade à semelhança da idéia, segundo o autor. Bauman afirma também que a pergunta “quem você é” só faz sentido se a pessoa acreditar que

pode ser alguém diferente do que é; se a pessoa tem uma escolha que dependa dela e se tiver de fazer algo para que essa escolha se torne real e se sustente.

O autor afirma ainda que as várias identidades existentes estão visíveis para as pessoas, mas que o indivíduo deve diferenciar as identidades adquiridas pela sua própria escolha das identidades atribuídas a ele pelos outros, tendo-se que defender as primeiras em detrimento dessas últimas, para evitar conflitos internos. Cabe ressaltar que quer seja atribuída ao indivíduo ou quer seja adquirida por ele, a identidade sempre será assimilada por meio de um processo social, sendo construída socialmente. Segundo Berger & Berger (1977), somente depois que uma identidade é confirmada por outros é que pode tornar-se real para o indivíduo. Sendo assim, a identidade resulta do intercurso da identificação com a auto-identificação.

Utilizando o próprio termo de Bauman, com a “modernidade líquida”, ou seja, em que os valores são mais facilmente diluídos e disformes, as identidades ao estilo antigo, rígidas e inegociáveis, não cabem mais na realidade atual. Citando o mesmo: “As identidades ganharam livre curso, e agora cabe a cada indivíduo, homem ou mulher, capturá-las em pleno vôo, usando seus próprios recursos e ferramentas”. (Bauman, 2004, p.35). Afirma também que o anseio por identidade vem do desejo de segurança, que é também considerado um sentimento ambíguo. Isso pode ser entendido porque, embora o indivíduo aspire por pertencer a algo maior, para que assim tenha o apoio de pessoas ou de comunidades e não se sinta desamparado, por outro lado, como diz o autor, “uma posição fixa dentro de uma infinidade de possibilidades também não é uma perspectiva atraente”, ainda que esses desejos não ocorram de forma consciente ao indivíduo.

Pode-se dizer, por conseguinte, que na era “líquido-moderna” há o anseio ao pertencimento, à identificação, desde que haja conjuntamente alternativas e flexibilidade para que se possa transitar entre as identidades disponíveis. As questões existenciais entrariam então nessa ambivalência, na questão da individualização existente hoje e, ao mesmo tempo, na necessária sensação de pertencimento. O ponto é, citando o autor, “como alcançar a unidade na (apesar da?) diferença e como preservar a diferença na (apesar da?) unidade”. (Bauman, 2004, p.48).

Partindo-se então da idéia de que da crise das identidades acometidas ao sujeito pós-moderno pode-se ter como resultado algo novo e mais significativo, ou seja, algo que vá de encontro à essência do sujeito por toda eventual ressignificação proporcionada, pode-se estender essa idéia à superação de situações difíceis e modificadoras, também situações de crise, como é o caso do enfrentamento de uma doença crônica. Uma doença que pode bem representar e propiciar o questionamento do próprio ser, de seus costumes, modo de vida, gostos e, portanto, de suas identidades, é o câncer, devido à complexidade da doença e ao poder transformador que causa em quem a tem, sendo difícil passar por todo processo da doença sem sofrer ao menos uma transformação, mesmo que a princípio inconsciente. Tais questões relacionadas ao câncer e às possíveis transformações ocasionadas nas identidades do sujeito serão abordadas à continuação.

## **1.2 – Câncer**

O câncer é, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), uma doença crônica, que pode se apresentar em mais de 100 formas, e é desencadeado pelo crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, o que pode culminar

em uma metástase, caso um tumor maligno se espalhe para diversas partes do corpo. O tumor benigno, diferentemente, é constituído por uma massa de células que se multiplicam vagarosamente, assemelhando-se as do tecido original e, por isso, não causam um risco latente.

De acordo com o INCA, os diferentes tipos de câncer são caracterizados pelos vários tipos de células e se distinguem também pela velocidade da multiplicação das mesmas e sua capacidade de se alastrar a outros órgãos, constituindo as metástases. Não se pode atribuir a um agente único a causa do câncer, pois diversos fatores estão envolvidos em seu surgimento, não se sabendo ao certo um determinante. São eles variados, de caráter interno e externo ao organismo, sendo eles inter-relacionados.

Segundo o Instituto citado, as causas externas relacionam-se ao ambiente social e cultural e aos costumes do indivíduo, como hábitos alimentares, práticas de exercícios, exposição solar, vícios, entre outros, sendo os fatores de risco denominados cancerígenos. As causas internas fazem alusão à genética, em que a capacidade do organismo para se defender de agressões externas pode fazer com que se contenha o crescimento desenfreado de células malignas e transformá-las em saudáveis, dependendo da interação de ambos os fatores. Os fatores cancerígenos, no entanto, podem atuar alterando o DNA das células, o que causaria os tumores malignos.

O diagnóstico de câncer, até meados do Século XX, era considerado como sendo uma sentença de morte, devido à falta de informações sobre suas causas e à inexistência de tratamentos eficazes, o que frequentemente levava à morte. Atualmente, devido aos avanços na medicina e, assim, aos tratamentos disponíveis, que possibilitam a cura ou maior sobrevida dos pacientes, pode-se afirmar que o câncer não é mais uma doença de característica fatal, e sim crônica. Hoje, sabe-se que se diagnosticado rapidamente as

chances de cura aumentam muito, e há vários tipos de tratamentos disponíveis, como quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, além das cirurgias para retirada de tumores (Yamaguchi, 2002).

Apesar disso, o câncer é socialmente visto, ainda hoje, como sendo uma doença passível de morte iminente e de tratamentos muito dolorosos, devido a toda construção social composta sobre a doença. A realidade é que o câncer é uma doença complexa, com tratamentos que causam diversos efeitos colaterais desagradáveis, cujo prognóstico nem sempre é favorável, porém deve-se ter em mente que há muitas possibilidades de cura, o que propicia um aumento da sobrevida aos pacientes acometidos pela doença. No caso da doença estar em um estado muito avançado e, portanto, a cura não ser mais possível, deve-se focar para que o sujeito receba cuidados paliativos, preservando sua qualidade de vida e, para que assim, tenha uma morte digna. Essa seria então uma das preocupações da Psiconcologia, a qual é ainda considerada uma área emergente no Brasil, segundo Carvalho (2002).

### **1.3 – Psiconcologia**

A interface entre a psicologia e a oncologia destaca aspectos psicossociais envolvidos no desenvolvimento da doença, sua prevenção, tratamento e reabilitação, dirigindo-se também aos pacientes em fase terminal e suas questões. Sua atuação é direcionada ao paciente com câncer, à sua família e à equipe de saúde. Essa área utiliza conhecimentos provenientes da Psicologia da Saúde, em que são reconhecidos aspectos subjetivos do paciente, como seu estilo de vida, sua história, suas relações sociais, assim como seus aspectos biológicos (Gimenes, 2002).

A relação de aspectos psicológicos no surgimento de doenças foi mostrada por Sigmund Freud, no início do século XX, em seu relato sobre a histeria, em que constatou que diversos pacientes apresentavam sintomas físicos sem nenhuma causa orgânica, indicando relações entre processos emocionais e corporais. Seria essa então uma visão do sujeito integrativo, o qual demonstra que a saúde e a doença resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais vigentes. Essas múltiplas interações seriam, portanto, as responsáveis pelo surgimento do câncer (Gimenes, 2002).

De acordo com o apresentado, cabe à Psiconcologia atuar em estratégias de intervenção desde a fase da prevenção até o tratamento, reabilitação ou fase terminal do câncer, tendo em vista as diversas dimensões psicossociais que perpassam a doença em todas suas etapas, visando sempre a qualidade de vida do paciente. A Psiconcologia deve também possibilitar aos pacientes a buscar em sua subjetividade, ou seja, em suas crenças, motivações e comportamentos modificados uma possibilidade de profunda reestruturação de seu ser, física e psiquicamente (Carvalho, 2002).

#### **1.4 – Representações Sociais, Subjetividade e Câncer**

A Teoria das Representações Sociais, introduzida por Serge Moscovici no campo da Psicologia Social, se caracteriza por tentar compreender como surgem as representações sobre crenças, imagens e comportamentos simbólicos, partindo-se do pressuposto de que tal fenômeno é resultante da interação social em um grupo de indivíduos. As representações sob um ponto de vista estático, tal como era visto o modelo de sociedade definido por Durkheim, se assemelham a teorias sobre um

determinado tema, o que levaria a uma série de proposições sobre o mesmo, permitindo sua classificação, descrição de seus caracteres, sentimentos e ações. Do ponto de vista dinâmico, do qual é percebido a sociedade moderna, as RS têm a forma de uma conjunção de idéias, metáforas e imagens, podendo ser interligadas livremente, sendo mais fluidas que as teorias (Moscovici, 2007).

O estudo das RS tem grande relevância, pois a partir dele pode-se compreender como ocorrem as trocas simbólicas nos ambientes sociais, por meio das relações interpessoais, e como tais construções influenciam no conhecimento compartilhado culturalmente, o que leva a questionar como idéias e valores são internalizados e amplamente aceitos em sociedade. Moscovici descreveu dois conceitos essenciais da teoria, a saber, a objetivação e a ancoragem. A primeira torna as idéias abstratas em concretas, através de seu reagrupamento e ajustamento, e a segunda corresponde a incorporação de um novo objeto a um sistema de valores familiares ao indivíduo, o que propicia o surgimento de novos conceitos. Esses dois termos se propõem a abranger os processos psicossociais que estão na base da gênese das RS (Santos & Almeida, 2005).

Segundo Santos e Almeida (2005), o conceito de representação social baseia-se em três aspectos importantes: Comunicação, (Re)construção do real e Domínio do mundo. No primeiro aspecto as representações oferecem às pessoas “um código para suas trocas e um código para nomear e classificar, de maneira unívoca, as partes de seu mundo, de sua história individual e coletiva” (Moscovici, 1961 p.11, em Santos e Almeida, 2005). O segundo aspecto ocorre na dinâmica comunicação-representação, em que os sujeitos reconstroem a realidade cotidiana, o que faz com que as representações sociais atuem como guias de interpretação e organização da realidade. Já o terceiro aspecto entende o porquê de as representações sociais serem vistas como um conjunto

de conhecimentos sociais, os quais permitem ao indivíduo se situar no mundo e dominá-lo. Tais aspectos evidenciam o papel das representações sociais nas dinâmicas relacionais e nas práticas cotidianas.

As representações sociais permitem então a compreensão da realidade aos indivíduos, o que leva a construção de novos conhecimentos. A integração de um novo conhecimento a saberes anteriores é definida como função do saber, de acordo com Santos e Almeida (2005). Essa função desempenha também o papel de situar os indivíduos e grupos no campo social, permitindo-lhes a elaboração de uma identidade social, o que caracteriza uma função identitária. Há também a função de orientação e a justificadora. A teoria tem como finalidade, portanto, investigar o que pensam os indivíduos acerca de um objeto, por que pensam de determinada forma e como pensam, ou seja, quais os mecanismos envolvidos na construção da realidade, sabendo-se que as representações não se formam de maneira independente e nem intencionalmente, pois se constituem de acordo com a concepção de ser humano e de sociedade adquiridas, as quais não são conscientes. Tomando-se então como base a idéia do interacionismo simbólico, as pessoas participam da construção de suas identidades, mediante a interação social (Martins, 2002).

Segundo González Rey (2004), foi possibilitada a Psicologia Social estabelecer um contato com o tema da saúde por meio do espaço teórico das Representações Sociais. No espaço da saúde e da doença pode-se ter acesso à imagem que a sociedade construiu de si, assim como suas implicações para o indivíduo, segundo Herzlich (1991), citado por González Rey. O estudo da saúde pela Psicologia Social é importante na medida em que é possível averiguar as formas nas quais se organizam a produção de sentido em seus diferentes níveis de produção simbólicos, os quais propiciam um



levantamento de indicadores sobre espaços da organização social não observáveis (González Rey, 2004).

O autor pensa então a psicologia social como sendo uma base teórica dialética, em que o indivíduo e o social não se excluem e nem constituem uma dicotomia, pelo contrário, atuam conjuntamente. Tendo como base essa idéia, González Rey (2003), caracterizou a subjetividade social, rompendo com a idéia da subjetividade como fenômeno individual. Como afirma o autor:

Da perspectiva da subjetividade social, os processos sociais deixam de ser vistos como externos em relação aos indivíduos, ou como um bloco de determinantes consolidados, que adquirem o status do “objetivo” diante do subjetivo individual, para serem vistos como processos implicados dentro de um sistema complexo, a subjetividade social, da qual o indivíduo é constituinte e, simultaneamente, constituído. (2003, p. 202).

Portanto, a forma como uma experiência adquire sentido dentro da constituição subjetiva do agente de significação abrange tanto a esfera social como o individual. A subjetividade social abarca então um complexo sistema de configurações subjetivas, as quais articulam-se entre si nos variados espaços da vida social, o que define as complexas configurações subjetivas. As configurações são definidas como sendo um elemento de sentido inserido em um comportamento de um sistema subjetivo – individual ou social- os quais podem, simultaneamente, alterar sua forma de organização frente ao surgimento de novos sentidos e configurações que passam a ser dominantes, como afirma González Rey (2003). O sujeito atua em meio a essas subjetividades, ou seja, é constituinte delas e por elas também constituído. Dessa forma, a incorporação de novos sentidos e significados, as quais ocasionam a formação de novas configurações, pode gerar elementos de sentidos contraditórios ao indivíduo, o

que levaria a uma coexistência carregada de diferentes configurações de valores (González Rey, 2003).

O conceito de subjetividade social possibilita, portanto, compreender como as configurações de sentidos suscitadas socialmente configuram processos sociais característicos e como os processos sociais atuam na configuração da subjetividade individual em um relacionamento recursivo. Voltando ao assunto de saúde e doença, inseridos na teoria apresentada, os processos de subjetivação social são então responsáveis pelas produções simbólicas associadas à doença, em que, citando o autor; “gera-se a identidade de doente como figura socialmente produzida” (González Rey, 2004). O autor alega também que:

Os sistemas de crenças e representações socialmente produzidos padronizam as definições de saúde e doença a partir de critérios externos aos processos vitais dos sujeitos e dos grupos envolvidos, gerando assim limitações, preconceitos e espaços de identidade social que terminam danificando as pessoas envolvidas mais que o próprio estado da doença. (2004, p. 127).

Tendo em vista a força das produções simbólicas geradas socialmente sobre a saúde e a doença, sabe-se que o câncer apresenta um caráter inter-relacional e, por isso, apresenta diferentes aspectos de uma mesma representação social, o que gera conflitos nas pessoas que o tem, pois a doença é associada comumente à culpa, ao descuido, a excessos, a vergonha, ao fracasso, à impotência, a destruição, à morte, ao estigma social, entre várias outras associações. Analisando-se a história da doença, pode-se tornar mais compreensível as representações sociais designadas a ela, das quais muitas se mantêm e se propagam continuamente.

A história do câncer é envolta de preconceitos, sendo antigamente visto como uma doença contagiosa e vergonhosa, causando um sentimento de culpa no sujeito

doente, o qual era visto como responsável por seu sofrimento e por sua doença, e considerado como um fracassado por tê-la. A doença era tida também como sendo um castigo divino, o que causava mais vergonha e culpa no indivíduo com câncer (Gimenes, 2002). A doença em questão trazia consigo – e ainda traz – grande representação de morte, solidão, sofrimento e medo. O câncer também era comumente relacionado a excessos de comportamentos, atitudes e pensamentos. Hoje em dia relacionam-se também, como causas do câncer, a depressão, repressão emocional e estresse, responsáveis por baixar a imunidade do indivíduo e deixá-lo, conseqüentemente, mais suscetível à doença.

Outra representação marcante do câncer é a morte ou o poder devastador da doença. Como bem ilustra Ribeiro: “É tão arraigada a idéia de morte associada ao diagnóstico de câncer que, mesmo continuando a viver, a marca da morte antecipada permanece para sempre (...)”, e também quando diz: “Existem muitas doenças fatais além do câncer, porém a impressão que se tem é que as outras doenças matam, o câncer destrói” (2002, p. 198).

Partindo-se então da Teoria das Representações Sociais, ou da Subjetividade Social, pode-se compreender como os indivíduos expressam simbolicamente sua relação com o câncer, tanto os portadores da doença como os que não a tem. O entendimento dessas formas de pensamento poderia suscitar em esclarecimentos, em o porquê de certas crenças e tipos de pensamentos sobre a doença, as quais foram difundidas durante décadas, desde seu surgimento, em que muitas prevalecem até hoje, e assim, com tal entendimento, ser possível que se criem novas representações acerca da doença, desmistificando-a e atribuindo-a novos significados.

A partir dessa visão, a pessoa com câncer pode questionar as diversas construções de sentido existentes sobre sua doença que emergem a consciência, visto que as configurações subjetivas e as representações sociais são teias nem sempre acessíveis ao significado direto e, portanto, nem todas são conscientes e claras ao sujeito. Algumas questões que poderiam emergir a consciência do sujeito poderiam ser, por exemplo, o porquê de haver sentimentos de vergonha envolvidos em sua doença, o porquê de sentimentos de culpa, e tantos outros porquês, para que de tal modo o sujeito avalie se essas representações que lhe foram atribuídas conjuntamente à sua doença fazem realmente sentido para si, em sua subjetividade individual, ou se é o modo em que a sociedade postula ser o correto, o real, e, por conseguinte, uma representação.

### **1.5 - Identidade e Câncer**

O câncer, por toda sua complexidade anteriormente exposta, é uma doença que frequentemente pode ocasionar o descentramento da identidade do sujeito, causando uma rescisão em suas atividades, sonhos e planos de vida, o que pode culminar na perda de sentido da mesma.

As mudanças na rotina do paciente com câncer faz com que novas identidades surjam, podendo ser, a princípio, negativas, como a identidade de doente, de impotente, de frágil, de incapaz, entre outras. Não obstante, as novas identidades que por ventura surjam ao paciente estão intimamente relacionadas aos aspectos subjetivos do sujeito, as suas produções de sentido, que são resultantes do modo pelo qual se experienciam os fatos. Com as novas configurações desenvolvidas pelo indivíduo, tanto na subjetividade individual como na social, muitas das identidades antigas comumente vigentes podem

ficar estagnadas, como as dos papéis desempenhados socialmente, profissionalmente e no meio familiar, por exemplo.

O paciente internado, segundo Moraes (2002), passa por um processo de despersonalização, ou seja, passa a ser visto como um doente em um leito de hospital que possui câncer, ou, muitas vezes, que o câncer o possui. Com isso, pode-se sentir vulnerável e impotente diante da hospitalização e situação de doença, sentindo-se fragmentado e perdido, pois passa a ser visto – e a se ver - de forma diferente da que ocorria nas vivências anteriores à doença.

Bauman (2002) descreveria esse processo de atribuições de identidades negativas como o indivíduo sendo oprimido por identidades aplicadas e impostas por outros, identidades das quais a pessoa não tem permissão de abandonar e das quais não consegue livrar-se, identidades essas que estereotipam, desumanizam e muitas vezes humilham. Deve-se esclarecer, no entanto, que não são todos os indivíduos que sucumbem às pressões alheias, ou seja, em algumas pessoas esse processo de imposição de identidades não lhes causam opressão e conflitos, e se causam há pessoas que conseguem responder se posicionando, enfrentando aquilo que vai contra o que sentem e pensam. O posicionamento do sujeito quanto a essas situações vai depender da subjetividade do mesmo e de suas construções de sentido, mais uma vez.

Todo esse quadro gera um conflito no paciente, que passa a ter então o “dever” de assimilar as novas identidades que o câncer traz consigo, o que acaba por muitas vezes anular as diversas identidades existentes antes do processo de adoecimento. Porém, o surgimento dessas novas identidades não é necessariamente ruim, visto que com grande frequência permite novos posicionamentos frente à vida que representam verdadeiras linhas de crescimento, podendo possibilitar a capacidade do paciente de se

reconfigurar e, assim, de construir uma nova visão de si mesmo, o que ocasiona o surgimento de novas identidades antes não descobertas, ou então adormecidas. Essas novas identidades surgiriam então da interação com as novas situações, com a nova realidade do sujeito, e conseqüentemente com os vários sentidos atribuídos ao câncer, o qual representaria a abertura a novos caminhos e possibilidades, e não somente aspectos negativos.

Para que o paciente consiga realizar a reconfiguração de sua identidade, faz-se necessário uma reavaliação de sua vida, conceitos e valores, o que pode ser possível por meio da psicoterapia. O papel do terapeuta deve ser o de auxiliar o paciente a mobilizar suas emoções e processos simbólicos, os quais permitem novos caminhos de vida, que nem sempre podem ser identificados na cura, mas sim na melhora da qualidade de vida. Segundo Leshan (1992), a terapia pode auxiliar também no tratamento médico, pois na psicoterapia pode-se ajudar o paciente a mobilizar seu sistema imunológico, por meio da percepção do mesmo sobre suas emoções e produções de sentido envolvidos em sua doença, e assim orientá-lo em uma direção positiva, no caminho da compreensão do tipo de vida que mais torna a pessoa realizada, tanto durante o período em que está com a doença como depois.

Deve-se deixar claro, no entanto, que de forma alguma o paciente é responsável pelo surgimento de seu câncer, visto que sua causa é atribuída a diversos fatores relacionais, e que a doença acomete pessoas de variados tipos e costumes de vida, não havendo então uma personalidade típica cancerígena. Da mesma forma, não se pode atribuir ao paciente a responsabilidade da cura de sua doença, e que a tentativa para que este mobilize seu sistema imunológico em direção à cura é no sentido de que o paciente se fortaleça e, assim, tenha mais condições de reagir melhor ao tratamento e aos

“ataques” provenientes da doença. Como diz o autor supracitado: “Pensamentos e sentimentos não provocam nem curam câncer” (Leshan 1992, p. 13). Deve-se acrescentar a essa idéia que não se pode afirmar com veemência também quais atitudes provocam o câncer, a não ser as que têm relação direta com o surgimento da doença, como o câncer de pulmão causado pelo hábito de fumar, por exemplo.

O fato de saber que se esteve perto da morte, com a descoberta do câncer, comumente faz com que se repense a vida. Se o paciente souber aproveitar esses momentos de catarse, tem-se a possibilidade de reconstruir valores junto ao terapeuta, os quais podem ser momentos de infinito enriquecimento interior, com revisão de padrões previamente estabelecidos e descobertas de potenciais inatos (Yamaguchi, 2002). É por meio da análise do discurso do paciente, ou seja, por sua linguagem simbólica e metafórica, que é possível diluir o encargo depositado na doença, como afirma Wanderley (2002).

Nesse caminho de auto-descoberta o paciente poderá se deparar com questões diversas, como, por exemplo; como fazer para se tornar cada vez mais si mesmo, tornar-se um indivíduo autêntico, o qual corresponda às próprias expectativas? Como tornar a vida diferente e muito melhor depois da doença do que ela era antes? Como descobrir o contexto no qual se deseja conduzir a vida e orientar o próprio vir-a-ser? (Leshan, 1992).

A solução surge, segundo Leshan, ao processo de procurar se tornar cada vez mais aquilo que verdadeiramente se é. Citando dois filósofos, isso se representa nas frases proferidas por Sócrates; “Conhece-te a ti mesmo”, e também por Nietzsche; “Torna-te quem tu és”. Sabe-se que são processos longos e complexos, que exigem muito do indivíduo e que é na realidade um caminho infinito e cheio de possibilidades,

aonde não se chega a uma condição final, pois esta é inexistente, como afirma Leshan (1992). Seria então esse o caminho da individuação, termo usado pelo psicanalista Carl Gustav Jung, o qual serve para que o indivíduo consiga se aproximar de sua verdadeira essência, de sua verdadeira identidade, pelo simples fato de se aventurar em enfrentar tal caminho, mesmo sem a pretensão de se ter aonde chegar.

O câncer acaba então por tornar-se um divisor da existência: há sempre um antes e um depois da doença, tanto para as transformações positivas que possam ocorrer como para as negativas. O fato é que é difícil sobreviver ao câncer sem algum tipo de sequela, seja ela de ordem orgânica, psíquica ou social, como assegura Carvalho (2002). A autora diz ainda ter observado que os pacientes que se recuperam do câncer e sentem a sua enfermidade, além da esfera orgânica, também no campo físico e psíquico, e se dispõem a modificar crenças, atitudes, sentimentos e comportamentos, reestruturando hábitos de vida, de alguma forma conseguem mudar também seu metabolismo e seu sistema imunológico. Com isso, o sujeito dá uma nova ressignificação ao câncer, pensando-o como sendo uma oportunidade de refazer a vida em bases mais plenas e significativas (Carvalho, 2002).

Pode-se aí fazer um paralelo da identidade pós-moderna com o sujeito portador de uma doença crônica, como o câncer. Tais quais as identidades do sujeito na pós-modernidade, várias identidades da pessoa doente são postas à prova, como a de homem/mulher, de sexualidade, de independência, etc., mas no decorrer de todas as mudanças ocasionadas no processo da doença a pessoa pode se redescobrir, por meio de reflexões e questionamentos sobre sua vida, levando-a a um crescimento pessoal e, por conseguinte, fazendo surgir novas identidades, muitas vezes mais coesas e significativas. Portanto, algo claramente ruim, como o enfrentamento de uma doença,



pode fazer com que surja ao final de todo o processo algo valioso, algo que faça com que realmente tenha valido a pena enfrentar todos os processos de mudança, muitas vezes dolorosos e, por isso mesmo, transformador.

Por considerar que o câncer de mama e o de próstata causam grande impacto no imaginário feminino e masculino respectivamente, de forma significativa, ocasionando questionamentos e perturbações nas identidades de homem e mulher, o que perpassa também pela sexualidade, será dada ênfase a esses dois tipos de câncer a seguir.

### **1.6 – Identidade feminina X Câncer de mama**

O Instituto Nacional de Câncer afirma que o câncer de mama é grande responsável pela maioria das mortes em mulheres, nos países ocidentais. No Brasil, é o tipo de câncer que mais causa mortes entre as mulheres. Ele se apresenta na forma de um nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor. Podem surgir também alterações na pele e nódulos palpáveis nas axilas. As formas para sua detecção precoce são o exame clínico da mama e mamografia, sendo o auto-exame não substituto destes.

O câncer de mama pode causar danos psicológicos, devido ao comprometimento da imagem pessoal e da percepção da sexualidade, como informa o site do INCA. Isso acontece devido a toda representação social atribuída ao seio, o que remete a questões da sensualidade e sexualidade feminina, e também à maternidade. Além disso, os tratamentos complementares da mastectomia, como a irradiação e quimioterapia, causam também perturbações na identidade feminina, pois conjuntamente a perda da mama pode ocorrer também irregularidade na menstruação, aumento de peso e calvície

total, o que pode fazer com que a mulher se sinta envergonhada, mutilada e sexualmente repulsiva, segundo Wanderley (2002).

Se o câncer atingir um estágio avançado, é comum que a mulher fique mais introspectiva, devido a todas as mudanças ocorridas em seu corpo e, conseqüentemente, em seu modo de ver a si mesma, em suas identidades. Podem surgir sentimentos de abandono ou medo da morte. Referindo-se a importância do psicólogo novamente, é preciso então que se possibilite o desenvolvimento de alternativas ao paciente, através de seu posicionamento, emoções e reflexões no diálogo deste com o terapeuta, para que a partir disso, da própria fala do paciente, este consiga ressignificar o que a mastectomia representa, no sentido de perceber que o que perdeu foi o seio, e não seu marido, filhos, trabalho, vida social, etc. (Wanderley 2002). Outra alternativa possível é a de simplesmente possibilitar ao paciente a produção de sentidos subjetivos diferentes, o que nem sempre representa uma ressignificação, se entendemos esta como sendo um processo intencional e, portanto, consciente.

O psicólogo pode então auxiliar nesse sentido, para que a paciente consiga reassumir suas funções profissionais, sociais, familiares e sexuais presentes antes da cirurgia, restaurando progressivamente as identidades que foram abaladas, ou até mesmo contribuir para que ocorra uma mudança positiva na vida da paciente, em que se sinta capaz de modificar valores e costumes que não funcionavam mais. Essa ressignificação na vida da pessoa possibilitaria então o surgimento de uma transformação da situação de desordem, aproximando mais a pessoa de seu verdadeiro eu, tendo em vista que a pessoa é o que conta de si mesma; muda a narrativa, muda sua identidade, segundo Bruner (1998).

### **1.7 – Identidade masculina X Câncer de próstata**

O câncer de próstata é também grande responsável pelas mortes entre os homens. Esse câncer apresenta-se inicialmente de forma silenciosa, não aparecendo muitos sintomas. Em sua fase avançada a doença pode se caracterizar por um quadro de dor óssea, sintomas urinários, insuficiência renal e infecções generalizadas, sendo essas duas últimas em casos mais graves, segundo o INCA.

Seu diagnóstico é feito pelo exame clínico, de toque retal, e pela dosagem do antígeno prostático específico (PSA), que pode sugerir uma ultra-sonografia pélvica e, caso necessário, uma posterior biópsia prostática transretal. A realização do exame clínico, no entanto, é fundamental para a verificação de aumento na glândula ou seu endurecimento, sendo os outros exames complementares.

O exame de toque retal é considerado em geral desagradável, porém, deve ser indolor. No entanto, muitos homens deixam de fazer o exame por razões diversas, entre elas, por sentirem vergonha de se exporem frente ao médico, devido também a toda questão, baseada no senso comum, a que o toque no ânus remete, como a homossexualidade. Estão claramente atreladas ao exame as representações da masculinidade e da sexualidade dos homens, o que pode afetar, assim como no câncer de mama nas mulheres, a percepção da imagem corporal e a auto-estima.

O câncer de próstata é então uma doença vinculada à esfera sexual, e apesar de muitos homens não ficarem impotentes em decorrência da doença, ao contrário do que pensa o senso comum, alguns podem vir a ter problemas sexuais, como a disfunção erétil e a falta de apetite sexual. Diante da diminuição das relações sexuais, alguns pacientes passam por pesar/luto e depressão. O luto é uma emoção natural diante de

uma perda; a depressão antecipatória é uma reação preparatória para perdas eminentes. Juntamente com essa diminuição há uma perda da integridade física, que engloba: vergonha, inadequação, culpa, medo da rejeição social e comprometimento da auto-imagem. O incômodo físico do paciente com o câncer de próstata interfere no relacionamento interpessoal, pois o mesmo adota uma postura de distanciamento e isolamento social. O grande impacto do aspecto emocional é a perda da masculinidade (Vasques, 2005).

As emoções que acompanham a orquiectomia, que é a cirurgia feita para a retirada de tumor na região da próstata ou dos testículos, são: alterações na imagem corporal, diminuição da auto-estima e perda da iniciativa. Esses sentimentos prejudicam a qualidade de vida, e a doença e sua condição constituem uma ameaça não só para a existência física como também para o seu "eu", que sempre esteve intimamente ligado à vivência corporal subjetiva (Vasques, 2005).

Tendo em vista as mudanças na identidade do homem que o câncer em questão provoca, faz-se necessário, assim como no câncer de mama e em outros diversos tipos, uma equipe médica multidisciplinar para o efetivo suporte, para que este consiga reconfigurar os aspectos envolvidos na doença, como sua sexualidade e masculinidade.

## **2 – CAPÍTULO METODOLÓGICO**

### **2.1 – Epistemologia Qualitativa**

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa será a qualitativa, em que a investigação é tida como um processo de comunicação. O método quantitativo não será utilizado, tendo em vista que este está respaldado no positivismo, o qual enfatiza a imparcialidade e a racionalidade, não considerando a subjetividade na produção do conhecimento nem a relação do pesquisador com seu “objeto” de pesquisa e sua realidade social, o que suscitaria em mais produções subjetivas. De acordo com González Rey (2005a), no método qualitativo não é possível haver neutralidade, pois o pesquisador é também sujeito ativo na pesquisa, em todo processo de construção teórico. O pesquisador não se anula nesse processo, pois ele tem suas convicções e valores, não podendo se omitir frente aos fatos sociais, e não somente participa das relações como também produz idéias, a partir de seu contexto sócio-histórico. Portanto, a visão de mundo do sujeito pesquisado e pesquisador estão entrelaçadas em todo o processo de pesquisa.

A epistemologia como processo de construção do conhecimento é por si só qualitativa, sendo que enfatiza diversos princípios da produção do conhecimento que sustentam tal proposta metodológica. A epistemologia qualitativa apóia o caráter construtivo e interpretativo do conhecimento, sendo este compreendido como uma produção de sentidos, e não como uma apropriação contínua da realidade, a qual é um domínio infinito de campos inter-relacionados independentes das práticas, e quando se inserem as práticas pessoais nesse complexo processo forma-se um novo campo da realidade. Sendo assim, o acesso ao real é parcial e indireto, pois o acesso a ele é

limitado pelas próprias práticas pessoais do sujeito e pela própria definição teórica que usa como fundamento de sua pesquisa (González Rey, 2005b).

Tendo em vista o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, este é fruto de uma construção, de uma produção humana, e não de uma realidade ordenada em categorias universais de conhecimento. O valor do conhecimento se insere não por sua correspondência linear com o real, mas pela capacidade de criar campos de inteligibilidade que possibilitem tanto o surgimento de novas ações sobre a realidade quanto novos caminhos dentro dela, tendo como base as representações teóricas que se configuram no desenvolvimento da própria pesquisa a partir do marco teórico mais geral que serve de ponto de partida ao autor. Essa é então a validade do conhecimento, que se legitima em sua continuidade e capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidade e articulá-las em modelos úteis de novas produções de conhecimento (González Rey, 2005a).

Outra característica da Epistemologia Qualitativa é afirmar a legitimidade do singular como instância do conhecimento científico, o que implica considerar a pesquisa como produção teórica, sendo que o teórico não se limita a teorias preexistentes, mas sim aos processos de construção intelectual que acompanham a pesquisa. A produção teórica, segundo o autor, caracteriza-se por ter uma produção intelectual sistemática que permite organizar o material empírico, o qual integra as idéias dos pesquisadores como parte fundamental do conhecimento em andamento. A relevância do singular na construção de sentidos é definida por González Rey (2005a), quando afirma que:

A reivindicação epistemológica da significação do singular na construção do conhecimento representa, na realidade, uma opção epistemológica diferente que permite compreender a pesquisa qualitativa como um processo de construção altamente dinâmico, no qual as hipóteses do pesquisador estão associadas a um modelo teórico que mantém uma constante tensão com o momento empírico e cuja legitimidade está na capacidade do modelo para

ampliar tanto suas alternativas de inteligibilidade sobre o estudado como seu permanente aprofundamento em compreender a realidade estudada como sistema (p. 12-13).

Portanto, a significação epistemológica da singularidade está diretamente relacionada à subjetividade, à cultura e à sociedade, o que acarreta, de forma permanente entre si, na condição subjetiva que define ontologicamente esses três sistemas da realidade. Outro atributo referente à Epistemologia Qualitativa seria o de estar associado ao ato de compreender a pesquisa, substancialmente nas ciências antropológicas, como sendo um processo de comunicação e dialógico, característica particular de tais ciências. A ênfase da comunicação como princípio metodológico se encontra no fato de que grande parte dos problemas sociais e humanos se expressam, geralmente, na comunicação direta ou indireta entre os indivíduos (González Rey, 2005a).

De acordo com Minayo (1993), na Pesquisa Qualitativa em Saúde deve-se ter em vista a complexidade do indivíduo, tendo o pesquisador o dever de respeitar as crenças, motivações, sentidos, valores e significados do sujeito, respeitando então o contexto social em que este se encontra inserido e tentar compreendê-lo a partir disso, não se restringindo apenas ao observável e ao quantificável. Cabe ao pesquisador então, com suas próprias crenças e valores, tentar se inserir no contexto do sujeito pesquisado para que assim o melhor compreenda e melhor seja o resultado da construção de conhecimento, a qual é interpretativa, visto que os fatos não existem em si, por isso não há como coletá-los, e sim construí-los e interpretá-los por meio dos resultados obtidos na dinâmica conversacional.

## 2.2 – Procedimento Metodológico

A fim de realizar esta pesquisa, entrou-se em contato com alguns conhecidos que indicaram duas pessoas que provavelmente aceitariam participar deste estudo. Os sujeitos procurados para o estudo foram um participante do sexo feminino e outro do sexo masculino que tivessem tido câncer de mama e de próstata, respectivamente. Tal critério se explica pelo fato de considerar que o câncer de mama e o de próstata causam grande impacto no imaginário feminino e masculino, os quais interferem de forma mais impactante na identidade de homem e mulher. Optou-se também por sujeitos que tivessem superado o câncer, visto que o objetivo do estudo é o de investigar a reconfiguração da identidade de pacientes que superaram o câncer.

Por meio de um parente, foi apresentado o primeiro participante em seu ambiente de trabalho, e o primeiro contato se direcionou na explicação sobre o que constituiria a pesquisa, o que seria investigado e qual seria o papel do participante. Para maiores esclarecimentos foi entregue a carta convite, em que constava que a participação era voluntária, que o sigilo das informações seria mantido e que o participante poderia interromper sua participação no estudo quando quisesse, entre outros esclarecimentos.

O participante aceitou então contribuir com a pesquisa e foi marcado um dia e horário para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade do mesmo. No dia combinado a entrevista foi feita no ambiente de trabalho do participante em uma sala reservada. O sujeito assinou o termo de consentimento e então a entrevista foi realizada, sendo esta gravada. A interação do pesquisador e do sujeito pesquisado foi boa, tendo este último se mostrado colaborativo.



A segunda participante na pesquisa foi apresentada pela mesma pessoa, desta vez em sua residência. A participante se mostrou disposta e bastante interessada em colaborar com a pesquisa. Foi então feito o mesmo procedimento realizado com o primeiro participante, de entregar a carta convite e explicar os objetivos do estudo. Foi marcado um dia para ser feita a entrevista na residência da participante, lugar de escolha da mesma. No dia da entrevista a participante assinou o termo de consentimento e iniciou-se a entrevista, sendo esta gravada como a primeira. A participante mostrou-se muito à vontade em falar sobre sua vida e a doença, e a interação desta com a pesquisadora foi muito boa e produtiva.

### **2.3 – Instrumentos de pesquisa**

A coleta de dados foi regida por meio de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, o que possibilitou o desenvolvimento do diálogo dos participantes com a pesquisadora, no sentido de ter se estabelecido uma dinâmica conversacional. Essa dinâmica possibilitou a construção de novos questionamentos e conhecimentos durante as entrevistas, proporcionando o aparecimento da construção de significados atribuídos pelos participantes, os quais demonstram relação íntima com a subjetividade dos mesmos.

Pode-se afirmar que as entrevistas se desenvolveram na forma de um diálogo, pois estas não foram orientadas a partir de perguntas determinadas e fechadas, pelo contrário, foi dado o espaço para que os sujeitos entrevistados se colocassem livremente, o que favoreceu a criação de um vínculo dos mesmos com a entrevistadora, o que deixou os participantes à vontade para expressarem suas emoções, reflexões e

experiências íntimas. Conclui-se então que o método das entrevistas é um processo social, ou seja, em que se possibilita uma interação e troca de significados entre o entrevistado e entrevistador, em que ambos estão envolvidos na produção do conhecimento, cada um a sua maneira.

Outro instrumento utilizado na pesquisa foi o complemento de frases, descrito por González Rey (2005a), como sendo um instrumento que possibilita evidenciar tanto informações diretas, referentes à intencionalidade do sujeito, como informações indiretas, as quais aludem como o sujeito constrói o que expressa. Tal instrumento foi precursor em testes projetivos, segundo a literatura, e constitui-se por apresentar indutores curtos a serem preenchidos pelo sujeito, indutores estes de caráter geral, referentes a atividades, experiências, sentimentos, entre outros. Segundo o autor, o complemento de frases permite a expressão de sentidos subjetivos diferenciados em diversos aspectos da vida pessoal, possibilitando uma elaboração de sistemas de hipóteses que se integram e constituem o curso da produção de informações. Tal instrumento representa então uma opção auxiliadora da expressão para quem responde ao instrumento, ou seja, um apoio secundário na construção de informação.

Deve-se frisar que os instrumentos utilizados na pesquisa são apenas facilitadores da comunicação, são recursos importantes na manutenção do diálogo com o sujeito, mas não levam a um resultado, visto que o conhecimento é resultante de uma produção construtiva-interpretativa. O sujeito responde ao instrumento e se expressa por meio dele, em que elabora e constrói sua experiência e a relata de forma distinta mediante ao indutor. O conhecimento construído não é apenas a constatação dos fatos, visto que o pesquisador os interpreta, sendo essa interpretação afeiçoada pelas produções de modelos interpretativos do pesquisador ocorridos durante a entrevista.

Isso só é possível na interação do pesquisador com o sujeito pesquisado, sendo a produção de conhecimentos, por conseguinte, um processo interativo, em que aparecem a subjetividade e singularidade de ambos (González Rey, 2005a).

### **3 – DESENVOLVIMENTO X PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES**

A princípio a presente pesquisa foi desenvolvida com o propósito de se estudar os seguintes itens: descoberta do câncer e aceitação; rede de apoio; questões relacionadas à visão corporal, sexualidade e identidade; crescimento pessoal e resignificação das identidades.

No entanto, cada participante deu mais ênfase em determinados temas, como o estabelecimento de objetivos e questões relacionadas à visão corporal, no caso de K., e questões referentes à sexualidade e postura tranquila perante adversidades, no caso de J. Ambos trouxeram também outros temas, como o da religiosidade, por exemplo, o que enriqueceu e deu mais subsídios para a construção de informações.

A primeira produção de informação apresentada é da participante K., de 42 anos, a qual enfrentou um câncer de mama aos 37 anos. É casada e tem uma filha. Considera-se praticamente curada da doença hoje. O segundo participante foi o senhor J., de 54 anos, o qual teve câncer de próstata há dois anos. É separado e tem três filhos. Considera também ter superado a doença. Ambos passaram por cirurgias invasivas, o que refletiu principalmente tanto nas questões das identidades feminina/masculina como nas identidades sexuais.

#### **4 – PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: K.**

K. é gaúcha, mora em Brasília há nove anos, casada há 14 e tem uma filha de sete anos. É formada em contabilidade e no momento estuda para concurso público. Ela descobriu em 2005 que tinha câncer de mama, quando foi fazer exames de rotina. K. relatou que na série de exames que fez foi constatado que tinha um nódulo na mama esquerda, que a princípio o médico o descreveu como sendo benigno, mas pediu que ela levasse a um mastologista para melhor avaliação, o qual disse também que aparentemente era benigno e que ela voltasse em seis meses para revisão.

Isso demonstra uma atitude displicente do médico, pois ao invés de orientar K. para que esta fizesse uma biópsia e se certificasse se o câncer era benigno ou não o profissional optou por não passar informações relevantes que pudessem orientar a paciente no próximo passo a ser tomado, ou seja, o de fazer a biópsia, e não deixá-la na incerteza e na esperança de que poderia não ser um câncer. Há alguns fatores que poderiam explicar tal atitude desses profissionais, como a tendência a se negar o câncer também existente por parte dos médicos, devido a suas representações de morte e de doença devastadora; a negligência por parte dos mesmos e também a naturalização do resultado devido à rotina de trabalho, entre outras possibilidades que mereceriam uma melhor investigação.

Felizmente, K. ficou preocupada e insegura com a falta de certeza sobre a natureza de seu nódulo e, conversando com sua irmã, esta a aconselhou a retirar logo o nódulo para fazer a biópsia ao invés de esperar o período de seis meses, e K. decidiu fazer isso e disse que foi tal atitude que a salvou, pois o resultado da biópsia constatou que o câncer era maligno.

#### 4.1 – Descoberta do câncer e aceitação

K. disse que ao ler o resultado da biópsia não tinha compreendido o que significava, pois estava escrito “carcinoma lobular invasivo”, o que é uma linguagem técnica para se descrever seu tipo de câncer, e ela disse que quem afirmou para ela primeiramente que era câncer foi o marido, pois ele tinha pesquisado na internet. A primeira reação de K. foi de negação, como se pode ver em sua fala:

“(...) eu não acreditei, pedi pra falar com o médico do laboratório e eu acabei falando com ele e confirmou muito assim, friamente, tipo assim, “é, infelizmente é um câncer”.

Passada a negação, K. relata ter tido a “reação padrão”. Isso evidencia como é vista de forma generalizada, pelo senso comum, a forma padronizada de reação de quem descobre estar com câncer, o que é uma visão errônea, visto que cada indivíduo reage a sua forma, de acordo com seus processos subjetivos. Por isso, foi-lhe pedido para descrever como foi sua reação, em que ela relatou:

“(...) chorei muito... não tava acreditando que isso podia acontecer comigo né, que eu tinha tido uma filha né, minha filha tinha três aninhos, eu tinha amamentado ela durante dois anos, e eu não conseguia entender como que uma mulher que tinha amamentado, que tinha tido um filho, que aparentemente era, estava saudável podia ter câncer... né”.

Nessa fala de K. é possível constatar a falsa representação que se tem de que o câncer só acomete pessoas com problemas de saúde, e nunca em pessoas saudáveis. Esse pensamento dificulta que haja uma prevenção eficaz da doença, pois as pessoas que estão saudáveis dificilmente vão achar que podem ter a doença, e assim não se

submetem a exames regularmente, e quando o fazem o câncer pode estar já em um estado avançado, o que dificulta ou impede que haja a cura. Isso constitui um ciclo, pois tendo um grande índice de descoberta do câncer em seu estado avançado faz com que se mantenha a representação de que o câncer é uma doença que leva à morte na maioria das vezes. Poder-se-ia romper com tal ciclo se a população fizesse exames regularmente, o que faria com que um possível câncer fosse descoberto a tempo de ser tratado, o que diminuiria o índice de morte ocasionado pela doença. Para tanto, é preciso romper também com a idéia de que o câncer não atinge pessoas saudáveis, lembrando que saúde não é ausência de doença e vice-versa.

Pode-se perceber também na fala de K. que ai aparece pela primeira vez a filha como forte referência para ela e também como grande fator de preocupação. Ao longo da entrevista foi possível constatar que o marido e a filha, especialmente, configuram a maior parte de suas relações de afeto.

Após passado o choque com a notícia, K. reagiu. Disse ter recebido o diagnóstico um dia antes de seu aniversário, o que foi muito doloroso, mas que passado esse momento K. começou a se questionar, e a partir desses questionamentos pode aceitar melhor sua condição, e com isso disse obter forças para reagir:

“(...) depois daquele primeiro momento eu fiquei pensando assim “não mais, eu sou...”, eu sou cristã né, eu sou católica e tal, mas eu acredito mais em Deus e em Jesus do que na igreja católica, e ai eu parei pra pensar e rezei muito e eu disse assim “não, mas não é justo, entre aspas né, que que eu fiz? Sempre fui uma pessoa boa, sempre e tal” e depois eu pensei, num segundo momento eu falei “não, se Deus ta colocando esse... esse... obstáculo, esse desafio, é porque ele acredita que eu possa vencer... né, ele não vai me dar um presente de aniversário desses”. Eu pedi tanto por um filho porque

eu não podia ter filhos, e agora que eu ganhei minha filha, agora que ela recém tinha feito três aninhos ele vai me tirar dela? Não, esse não é o Deus que eu acredito, entendeu?”.

Aparecem na fala de K. acima questões como a religiosidade, de seus próprios questionamentos e conclusões com sua fé, que posteriormente afirmou ter dado forças a ela para enfrentar e superar a doença. A questão da religiosidade também apareceu na complementação de frases, nos seguintes itens:

- 5) Lamento: Ver a violência, a fome, a falta de esperança e fé.
- 8) Meu futuro: à Deus pertence.
- 19) Com frequência: leio e rezo.
- 39) Quando estou sozinho (a): nunca estou sozinha, tenho Deus junto de mim.

Pode-se concluir então que a espiritualidade é presente na vida de K., e como ela mesma afirmou mais adiante, após o enfrentamento do câncer ela se tornou mais espiritual. No final de sua fala, K. fala novamente sobre sua filha, desta vez sobre sua dificuldade em ter filhos, e após ter conseguido ter sua filha falou sobre sua preocupação em ser tirada dela, caso não conseguisse superar o câncer. Logo afirmou que Deus não faria isso com ela, e uma das grandes motivações então para que enfrentasse a doença foi sua filha, sua vontade de estar com ela, o que também foi constatado posteriormente.

Em seguida, K. mostra encarar a doença como sendo obstáculos colocados por Deus, diante dos quais ela afirmava que teria que reagir, e encontrou força e motivação também no exemplo de outras pessoas, como mostra sua fala a seguir:



“E ai eu pensei “então ta, como Ele me colocou esse obstáculo eu vou reagir”, e ai depois, num terceiro momento eu pensei “bom, alguém deve ter sobrevivido, não vou ser a única!”. Ai eu sai atrás de gente que tinha passado por aquilo que eu passaria e que tinha sobrevivido, e isso foi assim extremamente importante pra mim.”.

Essa fala de K. mostra então o desenvolvimento de um posicionamento ativo frente à sua doença, sua reintegração subjetiva frente à procura de novos objetivos que a auxiliassem no enfrentamento do câncer. Aparece ai pela primeira vez uma forte característica de sua subjetividade, que é o estabelecimento de metas e objetivos que a ajudem a seguir um caminho, que funcionem como um suporte e segurança. É possível entender essa sua particularidade em desenvolver propósitos e metas próprias associadas ao tratamento e a sua recuperação como sendo um sentido subjetivo de sua identidade, pois por meio desse posicionamento K. se assume como sujeito da doença, como se tivesse influência sobre o curso de sua doença, por meio de suas ações concretas. Esse aspecto, assim como os sentidos derivados de sua religiosidade, são expressões de sua configuração subjetiva do adoecimento.

Pôde-se constatar que os pilares de apoio e força para K. estavam em sua família (esposo e filha), sua fé, que a levou a ter uma produção de sentidos subjetivos essencialmente diferentes, e também em exemplos de superação de outras pessoas, o que a motivou para seguir adiante, sendo todos esses aspectos formados por seus sentidos subjetivos em relação a eles.

#### **4.2 - Rede de apoio e objetivos**

Quando perguntado se a família deu apoio a ela desde a descoberta de sua doença, ao contrário do que se esperava K. respondeu que não. Segundo ela:

“Não. (...) bom, naquele primeiro momento todo mundo vai, todo mundo tenta se unir e tal, mas no dia-a-dia depois não é assim, depois todo mundo vai pro seu trabalho, todo mundo vai cuidar da sua vida, vai cuidar da sua casa e aí no dia-a-dia a gente acaba ficando, cuidando de nossas coisas né... Então apoio, apoio mesmo eu tive do meu marido e da minha filha, em ver o sorriso da minha filha”.

Como K. mora só com o marido e a filha, e sua família mora em outro estado, disse não ter recebido o apoio dos familiares distantes. Vale constatar que K. passou um tempo no sul para a realização de sua cirurgia, onde moram alguns de seus parentes, e mesmo nesse período não relatou ter recebido apoio da família. Relatou também não ter muitos amigos em Brasília, mas que alguns colegas da faculdade foram importantes e a apoiaram e a auxiliaram com questões referentes à faculdade e outras. Sobre seus colegas da faculdade ela disse:

“(...) eh... tenho uma amiga da faculdade em especial que me ligava todo dia, que... enfim, e eles me apoiaram de alguma forma, e até isso é bom, porque quando tu tá fazendo uma atividade como eu fazia, não deixei de ir pra faculdade, tu te envolve com outras coisas, fala com outras pessoas sobre qualquer coisa né (...). É legal, porque a gente vai fazendo os trabalhos e não se fala daquele assunto ruim né, e isso foi muito legal pra mim, isso foi bom, o apoio dos colegas assim, de não... claro, elas me perguntavam como é que eu tava, mas não ficavam assim falando só da doença, entende?”.

Esse trecho mostra a importância que teve seu meio social da faculdade para que K. conseguisse tirar o foco de sua doença, mesmo que por alguns momentos, o que foi importante para ela, pois esses momentos funcionavam como uma fuga, como um escape que a fazia esquecer que estava doente. Sobre essa questão do incômodo de lembrar que estava doente K. falou também no momento em que descreveu seu tratamento durante a quimioterapia e a radioterapia. Segundo ela, o período da radioterapia foi pior, pois diferente da quimioterapia ela tinha que passar pelo tratamento todos os dias, o que a fazia lembrar diariamente que estava doente, como mostra sua seguinte fala:

“Esse período (...) da radioterapia, que eu ia ao hospital todos os dias pra mim foi muito ruim, porque na quimioterapia tu vai lá, tu tem contato com a doença, digamos assim, tu te lembra que ta doente a cada 21 dias, tu vai lá e tu vê “eu to doente de verdade, eu vou receber a quimioterapia”, né, agora lá durante a radioterapia durante 28 dias todos os dias eu lembrava que eu tava doente, e mais, eu lembrava que tinha crianças doentes (...)”.

K. tinha então dificuldades para entrar em contato com sua doença diariamente, muitas vezes preferindo não lembrar que estava em tal condição. A doença não passou a se integrar ao sentido de ser dela e, portanto, não pensa nem atua na base da doença. Pode-se articular essa postura a sua característica de estabelecer metas e objetivos, o que também mostra um certo distanciamento em relação à doença, pois a partir do momento que K. estabelecia metas e objetivos a serem alcançados isso a desviava do assunto de sua doença e a fazia pensar e se focar em outras coisas. Pode-se concluir esse fato também por sua afirmação a seguir:

“Eu acho que isso assim foi fundamental sabe, na questão do objetivo, como eu te falei. Todo dia eu pensava assim “eu vou lá hoje, meu objetivo é ir lá no hospital fazer o tratamento, a radioterapia e voltar bem, sem me envolver com problema de mais ninguém”, e isso é difícil”.

A importância de seus objetivos para que conseguisse ver além da doença aparece também em sua seguinte fala, quando conta sobre sua doença e suas obrigações na faculdade:

“E eu consegui ver que esse era o melhor caminho pra mim entendeu, tipo assim, ah, eu não posso pensar muito longe e em coisas que eu não possa alcançar, se não eu vou ficar meio perdida com tanta coisa que eu tenho que fazer e com tanta coisa que passa na cabeça da gente, esse sentimento de morte, esse sentimento de medo... Então eu procurava tirar da minha cabeça esses pensamentos e colocar mais derivadas, e colocar mais integrais, entende?”.

Deve-se salientar que essa postura a auxiliou em todo enfrentamento de sua doença, que foi sua alternativa encontrada para melhor enfrentá-la, e que apesar de sua vontade de se distanciar dos pensamentos referentes ao câncer K. nunca deixou de seguir os tratamentos, se informar e seguir adiante no caminho de sua cura.

Sua rede de apoio fundamental, no entanto, foi seu marido e sua filha. K. mencionou eles diversas vezes durante a entrevista, principalmente sua filha, e também surgiram em diversos itens no complemento de frases, a saber:

2) Meu maior medo: De morrer, e deixar minha filha pequena.

11) Dedico a maior parte do meu tempo: a Cuidar de minha família e minha casa

17) Minha família: é tudo (marido e filha).

23) Meu casamento/relacionamento: é maduro e amoroso.

24) Amo: Meu marido e minha filha.

35) Meu maior prazer: ouvir música, ao lado de meu marido e ver minha filha sorrindo.

54) Meu maior sonho é: É pegar meus netos no colo e brincar com eles.

K. demonstrou em suas falas, além do complemento de frases, que tinha muito medo em não conseguir cuidar de sua filha, caso morresse, e esse é seu maior medo em relação à sua morte. Disse também, quando perguntado quais eram suas maiores preocupações antes e quais são hoje, que foi e ainda é sua filha, de conseguir criá-la bem e de vê-la crescer. Falou também sobre seu sonho de poder viver pelo menos mais 30 anos para poder conhecer seus netos. Eis algumas de suas falas:

“(...) eu não quero brincar com a minha vida né, eu tenho responsabilidade, eu tenho uma filha de três anos, e isso tudo eu comecei a alimentar no meu coração, essa vontade de viver né”.

Pode-se perceber que sua filha foi a grande motivação de K. para que conseguisse enfrentar a doença, foi o que a mantinha e a motivava, o que a dava um sentido para continuar.

“(...) e isso tudo eu pensava “ai eu tenho vontade de me deitar, de dormir...” mas ai eu falei “mas quem vai cuidar da minha filha?”. Mas isso tudo a gente vai alcançando, cada dia um pouquinho né, hoje eu consegui, hoje eu levantei, brinquei com minha filha, e no outro dia a gente vai de novo, e assim vai indo, é um dia de cada vez, não tem como fazer diferente”.

Essa fala mostra as superações que conseguia cada dia pela sua filha, pensando em sua filha. Mais uma vez aparece ai as questões das metas, de fazer cada dia um

pouco, o que K. considerava fundamental. As questões referentes à importância do estabelecimento de objetivos em sua vida apareceram também no complemento de frases:

- 3) Minha maior realização: Ver cada dia com um olhar novo.
- 12) Minhas aspirações são: Ser cada dia uma pessoa melhor.
- 29) Ao me deitar: eu agradeço pelo dia que se acaba.
- 42) Hoje: vou viver cada momento, com um sorriso.
- 52) O sucesso: é atingir nossos objetivos.

Essas frases de K. mostram que seu objetivo era e é viver cada dia de cada vez, todo dia superando obstáculos e sempre estabelecendo metas atingíveis, das quais se tornariam possíveis a curto e a médio prazo. Pode-se inferir que essa particularidade de K. pelo estabelecimento de metas se relaciona em toda sua vida, perpassando também por sua formação profissional, que foi em ciências contábeis, o que mostra a relação dos aspectos subjetivos envolvidos em toda sua forma de pensar, através de metas que a motive a seguir em frente, e foi esse posicionamento que levou para o enfrentamento de sua doença. Uma questão interessante é quando K. coloca que um médico a ajudou a estabelecer seu principal objetivo, a ajudá-la a ver uma razão de por que se tratar. K. reproduziu a fala dele:

“(...) eu ouvi de um médico lá de Porto Alegre uma coisa que eu não vou esquecer nunca (...).“olha K., (...) sabe qual é o melhor motivo pra tu continuar fazendo o tratamento, lutando e tendo esperança? (...) é essa menina que ta aqui (...) por ela que tu tem que estar disposta a fazer quimioterapia, é por ela. Tu não quer ver teus netos? Então tu tem que lutar pra que ela seja uma mulher, pra que ela cresça, que ela amadureça pra que ela possa te dar os netos, então esse é o melhor objetivo, é o teu

porquê de lutar (...) Tu quer viver mais 30 anos?” Eu disse “sim, eu quero”, aí ele “ah então não tem jeito, vai ter que fazer!”.

K. afirmou que essa sensibilidade e percepção que o médico teve em indicar um objetivo pelo qual fazer o tratamento foi fundamental para ela, pois disse que precisava de um motivo, de algo que a fizesse enfrentar seu câncer e que valesse a pena passar por tudo, desde a cirurgia ao tratamento da quimio e radioterapia. No entanto, é notável que K. já sabia que esse seria seu objetivo motivador, pelo qual deveria seguir em frente, pelo qual deveria passar pelo tratamento, para assim poder se curar e ter condições de cuidar de sua filha, de vê-la crescer e futuramente conhecer seus netos, só precisou então de ouvir isso de outra pessoa, de um profissional, para que tivesse a certeza de que valeria a pena lutar pelo seu objetivo.

É válido notar como essas suas configurações subjetivas se expressaram de forma intensa em várias motivações particulares do seu dia-a-dia, e como seu marido e sua filha representam sentidos subjetivos associados um ao outro, passando a ser um sentido subjetivo de vida e otimismo na forma de K. viver os processos decorrentes da sua doença, no qual a fé também participou na expressão dessa configuração subjetiva.

#### **4.3 - Questões relacionadas à visão corporal e à identidade**

Foi interessante constatar que foi K. que trouxe primeiramente as questões sobre sua visão corporal, feminilidade e identidade:

“(...) a gente começou a marcar a cirurgia, porque eu tinha que fazer uma mastectomia, que foi na mama esquerda, e então tinha... e isso tudo me apavorava muito, tinha que tirar o seio, como é que ia ficar?”.

K. contou que optou por fazer a cirurgia em Porto Alegre, pois uma médica tinha dito para ela que no sul eles ofereciam uma técnica cirúrgica mais avançada do que em Brasília, pois a mastectomia era realizada com a reconstituição imediata da mama. K. explicou também que o câncer de mama é bem complexo, e que os linfonodos que se localizam abaixo da axila comumente também precisam ser retirados, e disse que no sul há também uma técnica que visualiza os linfonodos que precisariam ser retirados, que no caso dela foram dois linfonodos sentinela. K. se mostrou bastante informada sobre todos os processos de sua doença, sempre interessada em saber o que iria acontecer e quais melhores providências tomar. Fez então a mastectomia com a reconstituição imediata da mama em Porto Alegre, sendo a reconstrução da mama feita com um músculo retirado de sua barriga, e diz ter ficado satisfeita com o resultado.

K. falou também sobre outras questões que mexeriam com sua feminilidade, como a perda de cabelo devido ao tratamento quimioterápico e a perda da mama, antes de fazer a cirurgia:

“(...) ainda tinha aquele negócio da quimioterapia que há um tabu de perder o cabelo, e eu tinha um cabelo grande e tal, e ainda tinha aquela história toda de ficar sem a mama né, como é que eu ia me ver? Como? Eu não tinha, não aceitava como, eu imaginava que eu ficaria um monstro sem a mama, que eu ia ficar... enfim, aquilo eu não aceitava de jeito nenhum”.

Pode-se constatar a forte relação dos cabelos e dos seios com sua identidade de mulher, ao ponto de K. achar que ficaria igual a um monstro, o que não conseguiria aceitar. K. demonstra também a forte influência de tais questões em sua identidade, afirmando que chegou a não se reconhecer, como mostra sua fala:



“Então é estranho a gente se ver no espelho sem pêlo algum, então parece que descaracteriza um pouco o rosto né, porque perdeu a sobrancelha, os cílios, o cabelo, então eu olhava assim “quem é essa mulher aqui?” (...) Não me reconhecia... Ai depois de um tempo... a gente acostuma com muita coisa né, então eu me acostumei com aquela imagem no espelho assim, de não ver aquela imagem como sendo... de não ver aquela imagem como sendo definitiva, e sim como transitória, “eu estou assim”, né, então eu olhava no fundo do meu olho e via a minha essência, entendeu? Eu dizia assim “ah, a mulher, a K. mesmo ela tá ali dentro, daquele olhar ali, não na falta de pêlos”

K. passou por um período em que sofreu uma descaracterização e despersonalização de si mesma, devido as mudanças ocorridas em seu corpo, mas que após essa fase conseguiu ressignificar sua imagem e a si mesma, conseguindo se enxergar em sua essência, vendo além de sua aparência e considerando-a como transitória, o que representa uma nítida expressão do que são os sentidos subjetivos, como mostra o final de sua fala acima. Pôde-se constatar também que K. procurou alternativas para amenizar os efeitos que os tratamentos causavam em sua aparência, dizendo que não deixava de pintar as unhas e se maquiar, coisas que a caracterizavam e a identificavam, segundo ela. Mais uma vez seus objetivos foram o que a deu forças e a manteve no tratamento, apesar de todos os inconvenientes ocorridos em seu corpo, como relata:

“Se eu queria viver mais 20 anos, mais 30 anos, eu tinha que me submeter ao tratamento, e eu colocava sempre nos meus objetivos, nos meus cadernos, na porta da geladeira “quero viver 30 anos mais, eu quero ver meus netos”, então todo dia de manhã eu dizia “bom, mais um dia pra chegar no meu objetivo que é ver meus netos”, e assim os dias foram passando (...) e foi se criando no meu coração, na minha mente, essa

mola, essa força... e é uma força que te empurra, que empurra qualquer obstáculo da tua frente”.

Com esse posicionamento K. conseguiu lidar com as questões de sua aparência mais facilmente, pois manteve a postura de que seria transitório e de que precisava passar por aquilo se quisesse se curar. Sobre sua cirurgia de reconstrução da mama ela falou:

“(...) eu tinha esse negócio de visão corporal, que é muito interessante né, porque antes da mastectomia eu pensava... como eu te falei, eu não aceitava fazer a mastectomia, porque eu pensava como é que eu ia me vestir, eu ia ficar um monstro, eu ia ficar sem a mama e até que a gente procurou um médico que fizesse a minha reconstrução imediata (...) Porque eles acreditavam que a mulher reconquistava o amor próprio, a feminilidade, porque os seios têm muito a ver com o feminino né, com o imaginário, com aquele negócio, tanto é que todo mundo põe peitão e tal”.

K. falou novamente sobre seu medo após a mastectomia, medo de não se reconhecer sem a mama, e por isso optou pela reconstituição imediata, o que seu médico disse ser a melhor opção também devido à maior facilidade de recuperação da mulher tendo seu seio imediatamente reconstituído, como explicado no final de sua fala, e disse também que o médico explicou que a reincidência do câncer em mulheres que faziam a reconstituição imediata era muito menor, segundo uma pesquisa realizada. Isso pode ser explicado pela maior motivação da mulher que teve seu seio refeito em continuar o tratamento, pois o impacto é muito menor do que a mulher que teve seu seio extirpado e não imediatamente reconstituído, o que pode gerar desdobramentos que dificultariam o tratamento e a recuperação, como casos de depressão e apatia, por exemplo.

K. falou também sobre as mudanças em seu corpo e sua aceitação:

“(...) quando a gente se toca e vê que meu corpo agora é assim, mudou muito meu corpo né, porque eu era bem magrinha e tal, e minha barriga agora ela ficou saliente porque eu tirei esse músculo daqui né, então não tem mais aquele músculo que segura a gordura, então a barriga fica um pouco mais saliente. Isso tudo eu tive que adaptar, porque eu usava biquínis bem pequeninhos, e não dá mais pra usar... (...) Bom enfim, eh... mas quando a gente se olha e se vê de uma outra maneira, agora meu corpo é assim e não tem como mais... como é que eu vou te explicar? Eu não vou ser mais aquela mulher de antes do câncer, aquela mulher do câncer, de antes do câncer ela não existe mais, só existe a mulher depois do câncer”.

K. diz então que ocorreram mudanças em seu corpo, das quais teve que se adaptar, e também que aprendeu a aceitar esse novo corpo, a se ver de uma nova maneira, o que foi fundamental para sua aceitação. K. demonstrou estar ciente de que não voltaria a ser mais como era antes e que teria que lidar com isso. Na última linha de sua fala é possível perceber que K. claramente passou a se distinguir como uma mulher antes do câncer e depois do câncer, ou seja, o câncer funcionou como sendo um divisor de sua existência e, portanto, como um diferencial em sua identidade também, incorporando novos sentidos subjetivos a si. Ela fala mais sobre essa questão adiante:

“A mulher depois do câncer ela trás as lembranças que eu tinha, as vivências que eu tinha antes do câncer pra me ajudar a viver depois do câncer... e essa história de se tocar, de se vestir, de se aceitar do jeito que é, e o que que eu posso fazer com o corpo que eu tenho hoje eu acho que é a melhor saída que eu tive né... porque imagina se eu ficasse brigando o tempo todo nos quatro anos querendo aquela mulher que eu fui, aquele corpo que eu tinha? Não tenho mais, não vou ter mais, nunca mais eu vou ter

aquele corpo, e eu tenho, o meu objetivo, como eu sou uma mulher de objetivos, meu objetivo hoje é ter 42 anos bem pra uma mulher de 42, ter 50 anos bem pra uma mulher de 50, ter 60 bem pra uma mulher de 60 e assim vai”.

K. fala como suas vivências antes do câncer foram fundamentais para que superasse o câncer, e também sobre a sua aceitação de ser uma nova mulher, e sua clareza em saber que não voltaria a ser mais a mulher que era antes, mais que nem por isso deixou de ser ela mesma, pelo contrário, suas experiências a tornaram quem é hoje, sendo todas suas vivências fundamentais. Essa visão dela se exprime também em seu complemento de frases:

22) Secretamente eu: me sinto orgulhosa de mim mesma.

28) Eu me defino como: Uma pessoa que ama a vida e gosta de aprender.

34) Fracassei em: hoje acho, sem modéstia, que não fracassei em nada, tudo era necessário..

43) As mudanças: Me fazem crescer.

53) Eu mudaria: nada...

Essas frases demonstram que K. pensa que tudo por que passou foi válido e lhe rendeu um aprendizado, chegando a afirmar que não mudaria nada, ou seja, que tudo por que passou valeu a pena e a fez crescer, chegando mais perto de ser quem ela é, resultado de todas as mudanças e superações pelas quais passou. Portanto, as frases e sua fala acima são a melhor expressão da emergência de sua nova identidade, o que mostra sentimentos de aceitação e de orgulho por si mesma, não em relação a seu corpo, mas sim sobre outros atributos dela como pessoa que lhe tem permitido seguir gerando novas alternativas de vida, nas quais se reintegra consigo mesma em novos níveis.

Sobre sua sexualidade K. não mencionou nada diretamente, se atendo mais à sensualidade, e quando perguntado se hoje em dia tais questões estavam bem resolvidas, K. relatou:

“Não, tem tempo que é bem difícil. Agora acho que voltou ao normal. Mas assim, como eu te falei (...) eu não tenho mais os seios que eu tinha e nunca mais eu vou ter aqueles seios, então eu tenho que valorizar aquilo que eu tenho hoje, então se eu tenho pernas bonitas eu ponho um vestido bonito, se eu tenho unhas bonitas eu pinto unha (...) entende, é valorizar os pontos que eu acho que é legal, e aquilo que não é tão legal a gente disfarça! E assim eu vou indo, acho que a sensualidade passa por aí (...)”.

K. demonstra ainda ter períodos em que as questões referentes a sua sexualidade e sensualidade são difíceis, embora não tenha falado diretamente sobre a sexualidade. Pôde-se perceber uma postura mais introspectiva e distante no momento dessa pergunta, em que K. preferiu se ater mais à sensualidade, o que pode revelar um incômodo quanto a sua sexualidade. No fim de sua fala mencionou novamente o uso de alternativas para valorizar o que gosta em si e disfarçar o que a incomoda.

Sobre o seio, pode-se perceber que houve uma resignificação, de acordo com sua seguinte fala:

“(...) a reconstrução ficou muito bonita, ficou bem legal, e depois eu fiz uma tatuagem no mamilo pra colorir o mamilo né, então de longe não dá pra ver, isso também me incomodava um pouco né (...) E depois assim, como eu te falei, a gente vai amadurecendo e vai percebendo que tu não é só um par de seios né, que eu tenho que valorizar aquilo que eu sou, meu ser né, as minhas características, não só o meu corpo, e quem me ama vai ter que me amar do jeito que eu sou, com esse pacote todo aqui né”.

K. demonstrou ficar incomodada a princípio com a aparência de seu novo seio, mas que posteriormente conseguiu se adaptar e perceber que é muito mais do que um par de seios, que não é só isso que a faz mulher, que a faz feminina, e que isso não compromete sua identidade de mulher, pois o que a torna mulher é todo um conjunto de fatores, a totalidade de seu ser, e com todas suas características, como ela mesma disse, e não só seu corpo. Conseguiu então, além de ressignificar o que o seio representa para si, produzir também uma nova emocionalidade frente a essa condição.

No entanto, não deixa de ressaltar a importância que os seios têm no imaginário feminino, e confessou não saber como reagiria se tivesse que ficar sem o seio, caso não tivesse feito a reconstituição imediata:

“Essa coisa da feminilidade ligada aos seios é complicada né, porque ainda mais que tem agora essa história de peitão e tal. Tá, o que acontece, eu tenho os dois seios, um deles é pseudo, eles até falam neo mama, então eu tenho os dois seios então eu acho que isso é importante a mulher ter, sabe? Porque ela se sente inteira, não ta faltando um pedaço, e tem o negócio da auto-estima também, eu acho importante. Eu não passei por isso de não ter a mama né, então não saberia te dizer como é que é ficar sem”.

K. fala aí sobre a cultura de se valorizar os seios grandes, o que afeta a representação da mulher sobre seus seios, e fala também sobre o impacto dos seios na auto-estima feminina, pois são fundamentais para que a mulher se sinta inteira, se sinta mulher. Diz também que apesar de ter um seio pseudo, como ela mesma afirma, se sente completa, o que provavelmente não seria possível se estivesse sem a mama. Portanto, K. mostra estar bem consigo mesma e sua aparência, como mostra o complemento do indutor a seguir:

15) Minha aparência: é bonita.

Após ter então superado os períodos difíceis em que não se reconhecia, K. conseguiu ressignificar seu novo seio e conseguiu sentir-se completa e mulher, e o fator fundamental para a aceitação de sua nova mama e, conseqüentemente, sua nova aparência foi ter ficado satisfeita com o resultado de sua reconstituição.

#### **4.4 - Crescimento pessoal e ressignificação das identidades**

Durante a entrevista de K. foi possível perceber em vários momentos que o câncer, apesar de todas as dificuldades e sofrimentos causados, lhe proporcionou também um grande crescimento e ressignificação em vários aspectos, o que afetou sua maneira de ver a vida e também a forma de ver a si mesma, o que por conseguinte gerou uma modificação em suas identidades, no plural porque são diversas as identidades que constituem uma pessoa.

Sobre mudanças expressivas ocorridas em sua vida após o enfrentamento do câncer K. falou:

“(...) eu acho que a mulher de antes do câncer era uma mulher eh... mais ansiosa, mais imediatista, digamos assim, e menos... eh... espiritual, menos espiritual não só no sentido religioso, mas no sentido de busca de maturidade (...) e isso é legal, porque a gente amadurece, a gente cresce como pessoa né. Eu acho que essa é a grande diferença”.

O enfrentamento da doença levou K. a ser uma pessoa mais espiritual, não só em relação à religiosidade, como ela mesma afirma, mas na forma de ver a vida, e fez, além

disso, com que ela se tornasse menos ansiosa e imediatista e com que amadurecesse, e tudo isso contribuiu para seu crescimento pessoal. A questão da diminuição de sua ansiedade e de seu imediatismo pode-se compreender pelo fato de ela ter tido que aprender a ter paciência para enfrentar todo o tratamento, paciência para conseguir enfrentar todas as dificuldades que apareciam e também para conseguir vencer a doença, e tudo isso demandou tempo, pois passou por vários meses de tratamento e recuperação pós-cirurgia até que conseguisse se restabelecer novamente. Sua característica em estabelecer metas e prazos foi fundamental para que conseguisse ter essa paciência e calma para enfrentar seus obstáculos e ir adiante. K. apropriou-se então desse novo modo de ver a vida, modificando por consequência sua identidade em relação a essas posturas ansiosa, imediatista e outras.

O enfrentamento de uma doença grave fez com que K. repensasse também sua vida, como a estava levando, como ela mesma diz, quando perguntado se o câncer a fez ter um crescimento significativo:

“Uhum, porque mexe muito... eu não sei se exatamente o câncer, mas eu acho que os traumas, essa sensação de perda, essa sensação de vida vulnerável né, que pode escorrer entre as mãos a tua vida assim, por um triz. Eu acho que essa sensação todo mundo que passou por traumas, por perdas, elas refletem tipo assim, “que vida que eu levo, o que eu quero deixar pra minha filha?” (...) um trauma pode gerar um crescimento, porque a gente pára, é como se tu parasse a tua vida naquele instante, desacelerasse, e tivesse aquele tempo lá de maturação dos sentimentos, de tudo que tu tá vivendo ali e começasse novamente uma segunda chance né, todo mundo fala isso, “agora eu tenho uma nova chance de reescrever minha história, de deixar minha marca”, acho que é mais ou menos isso”.



Sua fala acima mostra então que a vivência de uma situação traumática pode muitas vezes desencadear uma reflexão sobre a vida que se está levando, e isso porque a pessoa vivencia a sensação de que a vida é vulnerável, e essas reflexões é que geram um crescimento na pessoa, pois a partir disso podem passar a ver a vida diferente e a querer viver sua vida de forma distinta do que era antes, aproveitando mais e fazendo mais coisas que a deixem feliz. Quando K. expõe sua reflexão sobre que tipo de vida estava levando e o que deixaria para a filha demonstra exatamente isso, e quando fala sobre a nova chance de reescrever sua história e de deixar sua marca refletem justamente na questão da identidade, ou seja, nos aspectos que ela quer que seja reconhecida por, tanto em suas características como em suas atitudes, sendo o fato de “deixar a minha marca” se traduzir em sua identidade, em querer deixar e ser reconhecida pelo que tinha melhor em si. Há um complemento de frase seu que alude isso:

25) A felicidade: é ter a certeza de que eu faço o meu melhor.

Portanto, K. demonstra nitidamente sua vontade por se tornar uma pessoa melhor, com o intuito de deixar uma boa impressão, principalmente para sua filha, da mulher que ela era e em quem se tornou, buscando sempre melhorar.

Quando perguntado a K. se teve alguma outra experiência tão difícil em sua vida quanto o câncer, ela relatou:

“Eu tive um AVC, fiquei 15 dias no hospital e não descobriam o que eu tinha a princípio, porque naquela época eu tinha... 29 anos, e ninguém com 29 anos tinha AVC, só eu. Então foi uma coisa meio complicada, eu fiquei uns dias, acho que uma semana fora do ar que eu não lembro (...) Bom, depois eu tive que reaprender a caminhar, reaprender a falar, porque eu perdi um pouco a motricidade, então eu reaprendi uma

série de coisas, e isso foi bárbaro, porque no câncer, na época do câncer eu resgatei essa minha lembrança de superação, entendeu? Por isso que é bom a gente trazer pro dia de hoje as lembranças, as experiências que a gente tinha (...) isso foi fundamental eu acho, porque na época do câncer eu lembrei que naquela época lá eu ficava sozinha em casa e então pensei “se eu consegui naquele tempo e o problema era na minha cabeça, hoje que o problema é na mama vou tirar de letra”!”.

Essa sua experiência de ter tido um AVC e de ter que superar e reaprender diversas coisas que antes fazia normalmente, como voltar a falar e a caminhar, foram fundamentais para seu enfrentamento do câncer, como ela mesma disse, pois lembrou-se dessa experiência e desse período difícil que teve e o levou como exemplo para que passasse da melhor forma pelo câncer, e foi o que ela fez. K. relatou que na época estabelecia metas para atingir no dia, que escrevia em um papel tarefas diárias para fazer, e essa perseverança, paciência e estabelecimento de metas a cumprir dia após dia ela levou para o enfrentamento do câncer, o que a auxiliou demasiadamente. Isso se reflete quando afirmou diversas vezes que as experiências passadas foram fundamentais para que se tornasse quem é hoje, o que é um aspecto relevante de sua configuração subjetiva e de sua identidade.

Vale ressaltar também sua interessante analogia ao final de sua fala, quando diz que se conseguiu superar um problema em sua cabeça, no seio seria muito mais fácil. Esse seu modo de ver o câncer a ajudou a enfrentá-lo também, pois devido o tumor não ser em um órgão vital, como no caso do AVC, ela conseguiria superar muito mais facilmente. Pode-se inferir aí como a questão do seio era sumariamente mais relacionada à sua identidade feminina, onde sua preocupação era mais estética do que funcional. Ainda assim, para ela o período do câncer foi mais complicado de superar,

devido às várias questões envolvidas, como o peso de se ter um câncer por causa de suas representações; o medo de ficar sem a mama; a associação do câncer à morte e ao sofrimento; o longo período de tratamento e recuperação, entre outros.

Mais adiante, K. retoma sobre as mudanças que percebeu em si e também sobre o resultado de seu somatório de experiências:

“(...) por isso que hoje eu acho que nada é por acaso na vida, mas aí é uma questão, como eu te falei, eu acho que eu sou mais espiritual hoje né, eu acho que as coisas, que o aprendizado, as experiências vão se somando e a gente vai se transformando na pessoa que a gente é hoje, então eu sou a mulher hoje, de 42 anos, que teve um AVC aos 29, que teve um câncer aos 38 né, e que hoje não vou ter mais nada”.

Nessa fala de K. pode-se perceber muitas coisas, como sua visão de aceitação e relevância em ter passado por momentos difíceis, devido ao crescimento proporcionado por eles e também pelas transformações causadas, e ainda como tudo isso contribuiu para que ela se tornasse a pessoa que é hoje, mais espiritual e mais madura. Ao final de sua fala K. faz uma clara síntese de como se vê hoje, frisando os momentos difíceis que enfrentou e que conseguiu, com sucesso, superar. Mais uma vez K. mostra, mesmo que sem plena consciência desse processo, como reconfigurou suas identidades a partir de todas essas suas experiências acumuladas, mas não foi o acúmulo de experiências que fizeram K. se tornar quem é, e sim a forma como ela as encarou e conseguiu se reconfigurar a partir delas, tirando elementos válidos de aprendizado, os quais levou para a vida e foram fundamentais para o enfrentamento das fases difíceis.

K. falou como está hoje, ressaltando ainda as mudanças ocorridas após a doença:

“Eu acho que eu sou uma pessoa mais feliz, que valoriza mais as coisas pequenas... (...) eu acho que eu valorizo mais as coisas novas, me arrisco mais, né, tenho menos medo de arriscar, porque antes eu tinha muito mais medo de arriscar, e hoje eu acho que não tenho tanto medo (...) se aparece a chance de fazer alguma coisa divertida e legal, agora a gente vai, não deixo de fazer.”.

Após os traumas e situações complexas que vivenciou, K. afirma se sentir mais feliz, que arrisca mais em viver situações novas e que valoriza as pequenas coisas, os pequenos momentos. Pode-se afirmar então que ela conseguiu dar um novo sentido, uma nova ressignificação às fases conturbadas que enfrentou, pois conseguiu tirar as coisas boas em tudo isso, levando para seu cotidiano esse aprendizado e, assim, valorizando mais a vida e vivendo conforme o que a deixe mais feliz. Isso fica claro também em algumas respostas de seu complemento de frases:

- 1) Eu gosto: De viver!
- 4) Eu sou: Feliz.
- 13) Me sinto: Feliz .
- 31) A vida: é cada segundo.

## **5 – PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO: J.**

O senhor J. nasceu na Bahia, mora em Brasília desde 1975, tem 54 anos, é separado e tem três filhos, um de 27, um de 10 e uma filha de 18 anos. Diz no momento estar namorando, e foi sua namorada quem insistiu para que fosse ao urologista pela primeira vez fazer exames de rotina, aos 52 anos.

### **5.1 – Descoberta do câncer e aceitação**

“(...) sou desligado, esses problemas de saúde... se não fosse minha namorada que insistiu tanto eu não teria ido, foi a primeira vez que eu fui no urologista, e quando eu cheguei já deu, o PSA tava alto, tava 6.7, aí o médico desconfiou, aí pediu uma biópsia e deu o câncer maligno”.

Essa atitude mostra a tendência das mulheres em procurar mais o serviço de saúde do que os homens, que normalmente deixam para ir ao médico quando já não podem mais adiar. Pode-se dizer que, devido às questões culturais, o cuidado consigo mesmo não é visto como uma prática masculina, pois este é mais associado às mulheres, que são geralmente mais cuidadosas. Por trás desse quadro há uma explicação simbólica do imaginário masculino, pois eles se definem relacionando idéias contrárias do que é ser homem em oposição a o que é ser mulher. Com isso, os homens se vêem como sendo invulneráveis e, portanto, mais fortes que as mulheres, e assim acabam se expondo mais aos riscos e, conseqüentemente, se tornam mais vulneráveis.

Quando perguntado a J. qual foi sua reação quando descobriu a doença ele disse:

“Ave Maria, a reação foi... quando a pessoa tem câncer parece que o nome já é complicado de saber... eu entrei no ônibus quando soube, e eu vim no caminho todo chorando, fiquei pensando “to com câncer, é maligno...”, mas depois o médico, que dei graças a Deus que ele me foi indicado pela minha chefe de gabinete, (...) ai com ele lá foi tranquilidade, o médico parece que caiu do céu, ele foi fora de série”.

Nesse trecho pode-se perceber aspectos importantes, como o mencionamento do peso que o nome da doença teve em J., o peso que o nome câncer acarreta, com todas suas representações e associações. Ele relata também a importância da confiança no médico, a qual foi fundamental para que se tranquilizasse e tivesse confiança no tratamento.

Segundo J., a partir do momento que se descobriu o câncer tudo aconteceu muito rápido. Disse que o médico o deu três opções de tratamento: fazer a quimioterapia, a radioterapia ou a cirurgia radical, e J. disse ter decidido com base na opinião do médico, que lhe indicou a cirurgia radical:

“(...) fiz a operação, tinha que ser rápido e eu operei em 26 de junho de 2007, há dois anos. Depois tinha que fazer o acompanhamento sempre com o médico, de dois em dois meses tinha que ir ao médico, agora de seis em seis meses tenho que ir acompanhar, eu venho acompanhando então”.

J. não teve que passar então pelo tratamento com a quimioterapia e a radioterapia, pois optou pela cirurgia radical, mas afirmou que se tivesse que passar por esses tratamentos posteriormente o faria sem problemas. Sobre seu modo de enfrentar a doença ele revelou:

“Olha, eu sou uma pessoa assim que, sem brincadeira, eu levo tudo assim na brincadeira, na esportiva e tal. Aliás, no primeiro dia foi bravo, mas depois sabe, o pessoal me deu apoio demais e o pessoal aqui do trabalho também, todo mundo. Tinha dois colegas aqui que já tinham feito a mesma cirurgia, aí foi tranquilidade depois”.

Pode-se perceber uma característica marcante da subjetividade de J., que é enfrentar tudo com tranquilidade, conseguir manter uma postura calma, positiva e até bem-humorada diante de adversidades. Essa sua postura diante a vida se revelou também em vários de seus complementos de frases:

- 1) Eu gosto: da minha vida.
- 4) Eu sou: feliz.
- 13) Me sinto: muito alegre.
- 14) Sempre quis: ser como eu sou.
- 21) Desejo que: sempre serei alegre.
- 28) Eu me defino como: uma pessoa feliz.
- 31) A vida: será sempre alegre.
- 38) Tenho raiva: não tenho raiva.
- 45) Penso que os outros: deveriam ser felizes como eu sou.
- 49) Eu prefiro: ser como eu sou.

Além desses elementos acima, durante toda a entrevista foi possível constatar que o que ajudou J. a aceitar e a enfrentar seu câncer foi essa sua postura alegre diante a vida, o que é uma característica acentuada em sua identidade e em seu jeito de ser. A doença então, assim como no caso da outra entrevistada, não passou a se integrar ao sentido de ser dele, pois também não se viu e nem atuou na base da doença, devido a sua postura otimista e consciência de que toda a situação era transitória.

## 5.2 - Rede de apoio

Sobre o suporte da família J. falou que todos mantiveram uma postura de ajuda e muito apoio com ele, o que foi muito importante. Disse que sua mãe, que mora na Bahia, fez várias orações para que ele ficasse bom logo, e que quando ele foi visitá-la, após a cirurgia, ele disse: “minha mão soltou uma dúzia de fogos, quando fui fazer a visita”. Aparece aí a questão da religiosidade, em que sua mãe se ateve a orações para que o filho se recuperasse logo, o que J. também levou para sua vida, como afirma mais adiante, quando fala sobre estar curado do câncer:

“Tá sim, depois de um ano ele (se referindo ao médico) falou pra eu fazer a tipografia óssea, aí ele olhou e achou tranquila, e me garantiu que a doença não volta mais não. E Deus ajude que não volte mesmo!”.

A questão da religiosidade aparece também em seu complemento de frases, podendo-se afirmar então que sua fé também funcionou como um suporte:

8) Meu futuro: se Deus quiser será ótimo.

19) Com frequência: vou sempre à igreja.

29) Ao me deitar: rezo pedindo muita paz.

J. disse que sua namorada e seu médico foram também redes de apoio fundamentais. Sobre os dois ele falou:

“Foi, ela deu apoio demais (se referindo à namorada). Ninguém se desesperou não, e o médico foi excelente, quando eu fui com minha companheira falar com o médico eu disse pra ela “ah vai ser esse aqui mesmo”, porque eu tinha ido em outro médico e não gostei, eu não sei porque, sei que eu olhei assim pra ele e pensei “ah não vou fazer com esse aqui não”, aí quando bati com o outro doutor aí foi tranquilidade... e



ele me deu uma assistência tão grande no hospital, precisa ver... tinha lá no hospital psicóloga, fisioterapeuta, até padre foi lá”.

Mai uma vez ele frisa que manteve uma postura tranquila após encontrar um médico de confiança, e que todo o suporte do hospital foi de grande ajuda também, durante o período em que ficou internado para a realização da cirurgia. Isso mostra a importância do papel dos profissionais de saúde, e como o paciente se sente mais amparado quando o apoio é multi ou interdisciplinar.

J. diz mais adiante que toda a família o apoiou, inclusive sua ex-mulher e seus filhos, não deixando de enaltecer novamente o papel fundamental do médico:

“Eu acho que o que me ajudou muito foi a orientação médica, o apoio, toda a assistência, ligava e conversava, eu ia lá... então fiquei tranquilo. E a família também, minha mãe, meus irmãos, até minha ex-esposa ajudou demais, fez visita no hospital e tudo, meus filhos dormiam lá comigo e tudo”.

Sua família aparece também em seus complementos de frases, em especial seus filhos:

- 3) Minha maior realização: meus três filhos.
- 17) Minha família: é tudo da minha vida.
- 24) Amo: meus filhos.
- 25) A felicidade: é a família.
- 35) Meu maior prazer: é reunir com a família.
- 37) Necessito: ficar perto dos meus filhos.
- 41) O que me faz feliz: os meus filhos.
- 50) O lar: é sempre bom quando você está junto da família.
- 51) Estou melhor quando: estou junto com os meus filhos.

Vale ressaltar que J. afirmou ter ficado mais próximo da família após o enfrentamento do câncer, o qual foi uma de suas mudanças significativas, que serão relatadas mais adiante.

### **5.3 - Questões relacionadas à sexualidade e à identidade**

Quando perguntado a J. qual foi sua maior preocupação quando descobriu a doença ele respondeu:

“A preocupação do homem é o problema depois da operação... o problema de ereção, esses negócios. Segundo o médico, um ano e oito meses depois que você vai voltar a ter a vida...”

Pôde-se perceber que o entrevistado neste momento não estava muito à vontade para falar sobre a sexualidade, mostrando hesitação, mas quando perguntado se o que mais o incomodava era a questão da sexualidade ele afirmou:

“É, a sexualidade mesmo. Aí só depois de um ano e oito meses que começa a voltar, mas nesse período você fica meio apreensivo né. Fiquei meio ansioso, mas minha companheira deu muito apoio, conversamos muito, também falei com o doutor, que me falou “vai acontecer isso, isso e isso” e graças a Deus estamos aí... parece que passou, parece que foi ontem”.

Foi J. que trouxe então essa questão da sexualidade, que sua maior preocupação era referente a não conseguir manter a vida sexual normalmente como mantinha antes da cirurgia. Quando perguntado se hoje em dia estava se sentindo bem com sua sexualidade como antes, ele disse: “É, no primeiro ano até o décimo oitavo mês é mudança mesmo, você fica muito apreensivo, mas depois que passaram os dois anos já está normalizado”.

Foi interessante constatar que quando J. disse sentir medo da palavra câncer, e quando perguntado o porquê do medo da palavra, se ele a associava à morte ou a outra representação, J. negou ter sentido medo de morrer e se referiu novamente à questão da sexualidade como seu maior medo:

“... Olha, meu medo mesmo sincero foi sobre o problema sexual mais, de não voltar... Porque o médico falou assim, “olha vamos fazer, mas não te garanto que...” não tinha garantia né. Eu lembro assim que quando eu acordei o médico tava do lado e o outro também, o anestesista, e ele disse “a operação foi um sucesso né Dr. M.”, e o doutor respondeu “foi sim, graças a Deus foi um sucesso a operação dele”, aí eu fiquei aliviado”.

Pode-se dizer então que seu maior medo era relacionado à sua identidade sexual, a qual tem relação direta com sua identidade de homem. No imaginário masculino essa questão do desempenho sexual é em geral mais preocupante do que as questões relacionadas à visão corporal, como é no caso da mulher, por exemplo. Tal fato se explica pelas diferenças de gênero, as quais abrangem tanto as diferenças culturais como as biológicas.

Sobre o medo, J. fala também em seu complemento de frases:

2) Meu maior medo: foi não me curar do câncer de próstata.

No entanto, ao final da entrevista J. revelou ter sentido medo de morrer em um momento, depois de se lembrar que um colega seu que passou pela mesma operação veio a óbito:

“Eu senti medo (de morrer) na hora em que me botaram naquela maca, e que veio o anestesista. Ixi, eu senti aquele frio assim, Ave Maria. E antes de chegar na fase da operação eu fiquei meio assim né...”.

Além desse sentimento, J. revelou também ter sentido culpa por ter a doença, no seguinte sentido:

“Eu senti (culpa), porque não fui ao médico antes. Eu devia ter ido, se tivesse ido no médico igual minha companheira pedia sempre não teria feito essa operação. Aí ela marcou depois e eu fui, e se ela não tivesse marcado hoje eu não tava...”.

Em um de seus complementos de frase é possível perceber sua culpa por não ter se cuidado antes, o que evitaria a cirurgia radical, segundo ele:

5) Lamento: não ter procurado o urologista aos 45 anos de idade.

Quando perguntado sobre o que achou mais difícil durante todo o processo da doença, J. relatou:

“Ah da operação foi ter que usar sonda, e... a fralda também tive que usar durante um tempo, pois não tinha controle urinário. Foi mais a operação mesmo que achei mais difícil, que é demorada né, e a recuperação eu recuperei bem porque o médico falou o seguinte “olha, você vai ficar deitado, você não vai fazer nada, não vai subir escada nem nada, durante três meses”, e aí eu segui isso direitinho, fiz tudo. Só fui jogar bola depois de uns quatro meses, e eu gosto de tomar cerveja e tive que ficar sem beber, porque o médico me disse pra não beber nesse período, então não bebi”.

J. diz então ter sido o período pós-operatório o mais difícil para ele, pois teve que se submeter ao uso de fraldas, o que causa uma descaracterização no paciente,

gerando sentimentos de regressão, vergonha e dependência, e também teve que deixar durante um tempo de fazer coisas das quais gostava, como jogar futebol e beber. A questão da bebida inclusive é um fator que incomoda J., como mostrado em seu complemento de frases:

30) Eu luto: para parar de beber.

34) Fracassei em: não consegui parar de beber.

O fato de J. ter conseguido dar um tempo de beber após sua cirurgia, a pedido do médico, é significativo, pois mostra que ele se mobilizou para tanto, que ao menos nesse período de sua recuperação conseguiu manter o controle sobre esse aspecto de sua vida, sendo a bebida um fator conflitante para ele, como mostrado acima.

Sobre algum outro momento difícil que passou, além do enfrentamento da doença, J. disse:

“... Ah, minha separação, acho que foi uma das fases mais difíceis, separação é difícil viu... Quando separei tinha dois filhos da primeira esposa, e fiquei muito triste, muito deprimido, mas depois tranquilo, superei tranquilo”.

Esse trecho mostra alguns aspectos importantes de sua subjetividade, como seu apego à família, principalmente a seus filhos, e novamente sua capacidade em superar momentos difíceis, sua facilidade em superar adversidades através de seu estado de espírito, como ele mesmo afirma: “Levo tudo na brincadeira né, tudo na esportiva, não esquento muito não, num sou de quebrar a cabeça com pouca coisa, sempre fui assim”.

Ao final dessa parte, J. retoma sua maior preocupação, sobre a sua sexualidade, lembrando-se que foi esse o fator mais angustiante para si, e sobre o alívio em saber que não teria mais problemas com essa questão:

“A minha preocupação foi mais esse problema mesmo, da sexualidade, e hoje em dia não tem mais muita preocupação sobre isso porque depois já fiz várias vezes o PSA e tudo deu normal. Depois de um ano eu voltei lá e fiz todos os exames e o doutor me disse “olha vou te garantir, seu câncer não volta mais nunca”, e pra mim foi o dia mais tranquilo da minha vida, foi esse”.

#### **5.4 - Crescimento pessoal e ressignificação das identidades**

Quando indagado se J. achava que a doença teria lhe possibilitado um crescimento, uma mudança positiva, ele respondeu:

“Eu acho que sim, depois que você passa pelo câncer e se cura desse câncer isso aí é uma alegria doida. E as mudanças positivas... eu acho que eu fiquei assim mais, como é que se diz... mais família, mais chegado com meus filhos, com meus irmãos, com minha mãe, tudo, acho que fiquei mais assim... e mudou a relação porque todo mundo torceu muito por mim né, então mudou a relação mesmo. E agora falo com minha mãe toda semana, ligo pra ela, converso com ela... antes ligava de vez em quando pra minha mãe, e hoje não, ligo sempre pra ela. Quase todo dia ligo pra minha mãe”.

Sua relação com a família foi então mudada, passando a ser mais próximo de seus filhos, irmãos e mãe, principalmente. Pode-se dizer que isso comumente acontece em quem passou por algum período difícil, pois após superado a pessoa passa a valorizar mais a vida e todos que ama, em especial a família, querendo aproveitar e compartilhar mais os bons momentos juntos. Ao longo da entrevista pôde-se perceber que houve uma ressignificação no relacionamento de J. com sua mãe, pois antes ele

relatou quase não falar com ela, e agora diz ter estreitado mais os laços, tendo a necessidade de falar com ela quase que diariamente.

É interessante verificar também na fala de J. quando diz que as relações familiares mudaram porque todos torceram muito por ele, ou seja, a ressignificação de suas relações ocorreu a partir do apoio que recebeu de sua família, o que fez com que ele se tornasse mais próximo de seus familiares, com que tivesse vontade de ficar mais perto deles desde então, e foi isso que ocasionou a mudança das relações, como ele afirma anteriormente.

Foi perguntado também qual o fator causal que ele atribuía às mudanças sucedidas: “Eu acho que o nome da própria doença né, aquilo te muda muito. Você fala “ah eu to com câncer” e você se cura desse problema, ai você muda mesmo”. Mostra-se novamente o peso atribuído ao nome da doença, e como ter superado a doença o fez rever sua vida, seus posicionamentos, e como isso possibilitou a ocorrência das mudanças. J. também se referiu às mudanças ocorridas em seu complemento de frases:

6) Penso que: após o câncer de próstata eu mudei muito.

42) Hoje: penso mais na vida.

43) As mudanças: foram ótimas.

53) Eu mudaria: para melhor.

Sobre ter dado mais valor à vida J. ainda diz:

“(...) depois da doença você dá mais valor à vida, sem brincadeira. Só de ter superado um câncer né, tem que dar valor à vida mesmo. (...) Ah quando eu descobri o câncer foi o desespero né, me senti triste demais, deprimido e chorei, no dia chorei! Mas depois quando saí do consultório do Dr. M. e ele me disse “te garanto que não volta

mais” ai foi uma alegria esse dia. Ave Maria, me senti um vencedor, alegre, dei mais valor a vida e tudo. Porque superar o câncer foi bravo...”.

J. diz ter se sentido então um vencedor após ter superado o câncer, e a partir daí passou a valorizar ainda mais sua vida, dizendo ter consciência do período difícil pelo qual passou e como foi árduo superá-lo, porém gratificante. Oscila-se entre a sensação de poder, quando se vence o câncer, e a sensação de impotência, quando não se consegue derrotá-lo, e felizmente sua sensação de vencedor foi a que persistiu ao final.

Por fim, lhe foi perguntado se ele se sentia melhor hoje após ter enfrentado a doença, o qual alegou:

“Eu acho que sim, porque eu não fazia exercícios, não fazia nada, e o médico falou que eu tinha que fazer caminhada, então hoje faço caminhada direto, de uns dois anos pra cá, então to me sentindo bem. Minhas caminhadas são sagradas”.

Ao final de todo o processo de enfrentamento da doença J. passou então a se cuidar mais, por meio de exercícios físicos regulares, dando mais atenção à sua saúde hoje em dia. Além disso, passou a ficar mais próximo de seus familiares também e a valorizar mais a vida, segundo ele. Todos esses elementos ocasionaram um crescimento pessoal, uma nova forma de encarar a vida e também mudanças em suas identidades, como nas identidades de pai, de filho, de homem, entre outras.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os conceitos apresentados ao longo desta monografia, seguindo a linha de pensamento de que com as mudanças ocorridas nas identidades pós-modernas é possível se ter uma oportunidade para o surgimento de novos valores, crenças e transformações, propiciando uma nova coesão, pode-se afirmar paralelamente que o enfrentamento de uma doença crônica como o câncer também é capaz de possibilitar um crescimento significativo e mudanças positivas nas identidades de quem supera a doença, sendo o caos o fator que impulsiona tais transformações, em ambos os casos.

Apesar das poucas pesquisas feitas relacionando-se os processos de reconfiguração das identidades de quem superou o câncer, foi possível constatar com este estudo vários elementos que dão subsídios a tais reconfigurações. Tanto K. como J. disseram que suas vidas sofreram transformações significativas após o enfrentamento da doença, e ambos afirmaram também que a superação do câncer os possibilitou um crescimento expressivo. K. relatou, por exemplo, que o câncer funcionou como um divisor em sua vida, se distinguindo da mulher antes e depois do enfrentamento da doença. Pôde-se constatar também que ocorreu uma grande resignificação de K. no que tange à sua visão corporal, em que teve que se adaptar ao novo corpo após sua mastectomia e reconstituição mamária, o que mexeu muito com sua identidade de mulher.

K. narrou também ter se tornado mais espiritual após a superação da doença, e afirmou que um trauma pode gerar um crescimento, pois desencadeia uma reavaliação da vida que se está levando, possibilitando que se provoque alternativas de mudança. No caso de J. a sua visão corporal não foi um fator tão angustiante como foi para K., pois no seu caso a sua maior preocupação foi concernente a sua sexualidade. J. afirmou

ser este o seu maior medo antes e após a realização da cirurgia na próstata, e contou que demorou um tempo até que sua vida sexual se normalizasse. O seu câncer mexeu então com as questões referentes à sua identidade sexual, o que consequentemente afetou também a sua identidade masculina. J. relatou que após superada a doença ele passou a estreitar mais os vínculos com sua família e também a cuidar mais de sua saúde. Ambos expuseram também serem mais felizes hoje, devido à forma como conseguiram enfrentar os momentos difíceis em suas vidas, superá-los e depois ressignificá-los.

Cada um teve então sua maneira particular que os auxiliaram nessa superação. Para K., o que a ajudou muito a passar por todo o enfrentamento foi sua característica em estabelecer metas e objetivos a serem cumpridos, o que a motivava e dava forças para seguir em frente. Vale ressaltar que o que a fazia querer ter essa motivação para continuar era a vontade de ver sua filha crescer, fator fundamental para que mantivesse e cumprisse suas metas e objetivos. Para J., o que o ajudou a enfrentar sua doença foi sua característica em sustentar uma postura positiva e leve diante a vida, sem se preocupar muito, e assim ter serenidade para enfrentar os problemas. A rede de apoio de J. também foi importante durante todo o enfrentamento, ressaltando a importância dos filhos neste momento, assim como K.

Deve-se lembrar que cada indivíduo é único, com sua história de vida, valores e significados adquiridos, os quais são constituídos pela subjetividade individual e social e que, por conseguinte, compõem a identidade. Com isso, cada um tem sua maneira particular de enfrentar a doença segundo esses processos subjetivos e de acordo também com as suas Representações Sociais atreladas ao câncer, necessitando então de uma investigação singular de cada caso, para que assim se possa compreender quais fatores são fundamentais na mobilização de recursos do indivíduo no caminho da superação.

O presente estudo permitiu verificar, portanto, a importância e contribuição de uma pesquisa qualitativa para o processo de construção de conhecimento, sendo cada caso estudado muito rico em informações, as quais possibilitaram o aprofundamento nos aspectos subjetivos desses pacientes que superaram o câncer, assim como nos processos envolvidos nas reconfigurações de suas identidades.

### Referências Bibliográficas

- BAUMAN, Zygmunt. *Identidade*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2004.
- BERGER, P. & BERGER, B. “Socialização: como ser um membro da sociedade” In Foracchi, M. M., Martins, J. S. (orgs.). *Sociologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977.
- BRUNER, J. S. *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- CARVALHO, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.
- GIMENES, Maria da Glória G. “Definição, foco de estudo e intervenção”. In Carvalho, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.
- GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. *Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Editora Thomson Learning, 2003.
- \_\_\_\_\_. “Psicologia Social e saúde”. In Silva, Maria de Fátima Sena e. (org.). *Psicologia social: desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Editora Escrituras, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção de informação*. São Paulo: Editora Thomson Learning, 2005a.
- \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Editora Thomson Learning, 2005b.
- HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2003.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br/> Acessado dia 10 de Setembro de 2009.

LESHAN, Lawrence. *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Editora Summus, 1992.

MARTINS, J. B. (org.). *Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social*. São Carlos: Editora Rima, 2002.

MERCER, K. “Welcome to the jungle”. In Rutherford, J. (org.). *Identity*. London: Lawrence and Wishart, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

MORAES, Maria Carolina. “O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital”. In Carvalho, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.

MOSCOVICI, Serge. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

RIBEIRO, Elisa M. P. Campos. “O paciente terminal e a família”. In Carvalho, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Editora Cortez, 2001.

SANTOS, M. F. de S. & ALMEIDA, L. M. de. *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife, PE: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

VASQUES, M. F. C. *Revista Racine: câncer de próstata - aspectos psicológicos*. V. 15, n. 88 set/out, 2005, p.60-65.

WANDERLEY, Katia da Silva. “Aspectos psicológicos do câncer de mama”. In Carvalho, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.

YAMAGUCHI, Nise Hitomi. “O câncer na visão da Oncologia”. In Carvalho, Maria Margarida M. J. (org.). *Introdução à Psiconcologia*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2002.

# ANEXOS

**Anexo I – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada/Conversação.**

- 1** – Quando foi que descobriu que tinha câncer? (idade, estado civil, escolaridade, emprego).
- 2** – Qual foi sua reação? E de seus familiares?
- 3** – Como você enfrentou a doença, no seu modo de ver?
- 4** – Qual foi sua maior preocupação ao descobrir que estava doente?
- 5** – E qual sua maior preocupação hoje?
- 6** – O que achou mais difícil durante todo o processo?
- 7** – Você deixou de fazer algo que usualmente fazia, quando descobriu a doença? Se sim, voltou a fazê-lo depois de ter se recuperado?
- 8** - Achou que as pessoas passaram a te ver de forma diferente? Se sim, o que sentia sobre isso?
- 9** - De que forma o câncer de mama/câncer de próstata afetou sua visão de mulher/de homem?
- 10** - Você acha que a doença mudou sua visão corporal? E sobre sua sensualidade e sexualidade, ocorreram mudanças?
- 11** - Você acha que a doença comprometeu algum papel social seu? (ex.: de mulher/homem, esposa/marido, mãe/pai, profissional, etc.).
- 12** - Qual era sua visão sobre a doença antes e qual visão passou a ter depois de vivenciá-la, caso tenha mudado?
- 13** - Você consegue ver o câncer hoje de forma mais positiva do que quando descobriu estar doente?
- 14** - Você considera que a doença lhe possibilitou algum tipo de crescimento, alguma mudança significativa?
- 15** - Você considera ter superado o câncer? Se sim, o que acha que foi fundamental para que conseguisse superá-lo?
- 16** - Você se considera uma pessoa diferente depois de ter vivenciado o câncer? Se sim, o que mudou?



**Anexo II – Instrumento de pesquisa - Complemento de frases**

Complete as frases abaixo:

Eu gosto:

Meu maior medo:

Minha maior realização:

Eu sou:

Lamento:

Penso que:

Me incomoda:

Meu futuro:

Sempre que posso:

Minhas maiores dificuldades:

Dedico a maior parte do meu tempo:

Minhas aspirações são:

Me sinto:

Sempre quis:

Minha aparência:

Gostaria de saber:

Minha família:

Minha profissão:

Com frequência:

Não posso:

Desejo que:

Secretamente eu:

Meu casamento/relacionamento:

Amo:

A felicidade:

Esperam que eu:

O passado:

Eu me defino como:

Ao me deitar:

Eu luto:

A vida:

Meus estudos:

Meus amigos:

Fracassei em:

Meu maior prazer:

Quando era criança:

Necessito:

Tenho raiva:

Quando estou sozinho (a):

Me deprimos quando:

O que me faz feliz:

Hoje:

As mudanças:

Meu maior problema:

Penso que os outros:

Este lugar:

Detesto:

Acredito que minhas melhores atitudes:

Eu prefiro:

O lar:

Estou melhor quando:

O sucesso:

Eu mudaria:

Meu maior sonho é:

### **Anexo III – Carta Convite**

Prezado (a) participante,

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de um estudo referente à minha monografia de conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB, a qual será orientada pelo Professor Dr. Fernando Luis González Rey.

Com a finalidade de contribuir para posteriores pesquisas nesta área do conhecimento, este estudo de caso objetiva conhecer os aspectos subjetivos presentes na relação do impacto que o câncer causa na identidade da pessoa, as transformações que tal doença crônica acomete, seu enfrentamento e processos envolvidos em sua superação.

Para tanto, esclareço que serão realizadas entrevistas, as quais serão gravadas, sendo que as fitas serão desgravadas ao final do estudo. Todas as informações que possam identificá-lo (a) serão omitidas, sendo o sigilo assegurado.

Sua participação será totalmente voluntária, sendo que lhe é de direito interrompe-la a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo. Garanto ainda que o presente estudo não lhe causará nenhum dano, e que você não precisará dar informações que não queira.

Esclareço que o relato de sua experiência pessoal é de grande importância para um melhor e maior entendimento das relações subjetivas presentes entre identidade e câncer.

Desde já agradeço pela atenção e colaboração.

---

Karina Matos Montalvão Monte Santo

Brasília, 1º de outubro de 2009.

**Anexo IV – Termo de Consentimento**

Compreendo os objetivos desse estudo e também meu papel como participante, entendendo também que as informações por mim fornecidas serão absolutamente confidenciais, e que a qualquer momento poderei interromper minha participação, caso queira, retirando-me do presente estudo.

Tendo em vista as declarações apresentadas, concordo em participar desse estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.